



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO**

FACULTAD DE CIENCIAS

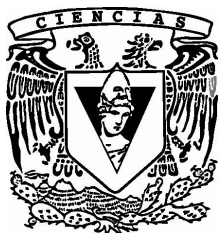
LA CONTRIBUCIÓN DE UN ACTUARIO DENTRO DEL ÁREA
ENCARGADA DE LA ATENCIÓN Y DICTAMEN DEL SINIESTRO
PARA EL SEGURO DE VIDA

**REPORTE DE TRABAJO
PROFESIONAL
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:**

A CTUARIA

P R E S E N T A:

CLAUDIA MIRA SANTAMARIA



**DIRECTOR DE TESIS:
ACT. ARTURO ROLDÁN LÓPEZ
2012**



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

1. Datos del alumno

Mira

Santamaria

Claudia

59 13 58 20

Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Ciencias

Actuaría

402051866

2. Datos del tutor

Act.

Arturo

Roldán

López

3. Datos del sinodal 1

Act.

Miguel Ángel

Torres

Ramírez

4. Datos del sinodal 2

Act.

Carlos

Contreras

Cruz

5. Datos del sinodal 3

Act.

Felipe

Zamora

Ramos

6. Datos del sinodal 4

Act.

José Enrique

Pérez

Salvador

7. Datos del trabajo escrito.

La contribución de un Actuario dentro del área encargada de la atención y dictamen del siniestro para el seguro de vida

100 p

2012

Índice

"La contribución de un Actuario dentro del área encargada de la atención y dictamen del siniestro para el seguro de vida"

Introducción	5
Capítulo I	
1. Las Aseguradoras y sus áreas de atención de siniestros en México.....	7
1.1 Generalidades	7
1.1.1 El Seguro.....	7
1.1.2 Evolución histórica del seguro	9
1.1.3 Clases de Seguros.....	13
1.1.4 El seguro de vida por fallecimiento.....	14
1.2 Las Aseguradoras y sus áreas de siniestros en México	17
1.2.1 El Sistema Financiero Mexicano	17
1.2.2 El seguro en el ámbito macroeconómico	20
1.2.3 La atención de siniestros dentro de la Institución Aseguradora	21
1.2.4 Marco jurídico del sector asegurador en México	29
Capítulo II	
2. Proceso de Dictamen de Siniestro.....	31
2.1 Aviso del Siniestro.....	33
2.2 Integración del Expediente.	34
2.2.1 La Documentación del Siniestro	35
2.3 Análisis del Siniestro	42
2.4 Resolución del Siniestro.....	48
Capítulo III	
3. Disciplinas de Apoyo en el Proceso de Dictamen de Siniestro.....	50
3.1 La medicina en el proceso de dictamen del siniestro (Análisis Médico).....	50
3.1.1 Perfil del Médico Asesor o Médico Dictaminador	50
3.1.2 El papel del Médico Asesor dentro de las Compañías de Seguros	51
3.1.3 Elementos de la apreciación del riesgo ocurrido (Análisis del siniestro)	52
3.1.4 Clasificación ICD-10.....	57
3.2 La investigación del siniestro	61
3.2.1 Tipos de Investigación.....	61
3.2.2 Selección de casos a investigar	63
3.2.3 Elementos de la investigación.....	64

Capítulo IV	
4. El Actuario dentro de las áreas de atención de siniestros.	66
4.1 Fuentes de Información	66
4.1.1 Información contable	67
4.1.2 Información estadística	72
4.2 Explotación de Información.	74
4.2.1 Información de cierre	74
4.2.2 Cálculo de Indicadores del área de atención de siniestros.....	75
4.2.3 Reportes estadísticos	82
4.3 Interacción del actuario del área de atención de siniestros con otras áreas dentro de la Institución Aseguradora.....	91
Conclusiones.....	93
Apéndice	94
Bibliografía	99

Introducción

El objetivo de este trabajo es dar a conocer la labor de un Actuario dentro de las áreas de siniestros de los seguros de vida de una compañía aseguradora. Asimismo, y con el fin de entender la importancia de la función de los actuarios, se describirá y analizará el proceso de indemnización que llevan a cabo estas áreas para la atención de los siniestros.

Las áreas de indemnizaciones o de siniestros de las compañías aseguradoras son una fuente muy importante de información, la que ahí se genera es muy diversa debido a la propia naturaleza de la operación de estas áreas. La explotación de dicha información es la razón por la cual el papel de un actuario dentro del equipo de trabajo se vuelve de suma importancia.

El conocimiento puntual de todos los procesos involucrados en el dictamen de cada reclamación de siniestro combinado con conocimientos sobre estadística y manejo de datos dan como resultado estudios estadísticos oportunos que resultan de mucha utilidad para el control y la toma de decisiones dentro de las áreas de siniestros además de que enriquecen la labor de otras áreas de las compañías aseguradoras.

A lo largo de este trabajo, nos enfocaremos a estudiar el tema de las indemnizaciones para los seguros de vida empezando por un repaso breve y general sobre el seguro: concepto, principios, historia, etcétera, asimismo veremos los tipos de seguros y en especial del seguro de vida para el riesgo por fallecimiento que es el que nos estará ocupando en este trabajo. Una vez teniendo claro el objeto de estudio, ubicaremos dentro de una aseguradora, las áreas de atención de siniestros para conocer dónde se lleva a cabo el proceso de dictamen de siniestros.

De igual manera, estudiaremos de manera detallada el proceso de dictamen de siniestro, es decir, toda la serie de pasos que se llevan a cabo dentro de las áreas de siniestros para poder llegar a una respuesta afirmativa o negativa sobre el pago del seguro. Analizaremos las 4 etapas del proceso y en cada una de ellas se describirán los elementos, conceptos y fundamentos legales que intervienen. También conoceremos las disciplinas que intervienen en el proceso de dictamen del siniestro y la importancia de su participación.

Una vez que hayamos estudiado lo que se hace y cómo se hace en un área de siniestros tendremos todos los elementos necesarios para describir y analizar, la labor del actuario en este tipo de áreas. Empezaremos por describir las actividades y revisar algunos ejemplos del resultado de dichas actividades, es decir, los reportes, estudios estadísticos e indicadores. Una vez que sepamos qué información es la que arroja la operación de un área de siniestros, analizaremos su influencia dentro de los resultados generales de una compañía de seguros y lo importante que resulta esta área en función de sus resultados. Una vez que entendamos la influencia del desempeño de estas áreas, podremos hablar de lo relevante que resulta la interacción del actuario de siniestros a través de sus funciones

con algunos otros departamentos de una aseguradora, asimismo, destacaremos la razón de que exista el rol del actuario dentro de las áreas de atención de siniestros en cualquier institución aseguradora sea cual sea su esquema de funcionamiento.

Capítulo I

1. Las Aseguradoras y sus áreas de atención de siniestros en México

Antes de abordar de lleno el tema de este trabajo, dedicaremos este primer capítulo a revisar conceptos generales y alguna información elemental relacionada con los seguros. Asimismo, ubicaremos el área dentro de las Instituciones Aseguradoras dedicadas a la atención del siniestro (Áreas de Indemnizaciones).

Entenderemos como **Indemnización**, el importe que está obligado a pagar contractualmente la institución aseguradora en caso de producirse un siniestro. Es la contraprestación económica que corresponde al Asegurador a cambio del pago de la prima que corresponde al Asegurado. En los seguros sobre personas, la indemnización, corresponde al capital pactado en la póliza. En los seguros sobre cosas, es la reposición económica en el patrimonio del Asegurado del valor del objeto dañado o desaparecido en el siniestro, bien a través de la reposición del objeto o mediante la entrega de una cantidad en metálico equivalente al valor real de los bienes. En cualquiera de los casos la indemnización no puede superar el importe de los perjuicios sufridos, dentro de los límites pactados.

Por lo anterior, a lo largo de este trabajo nos referiremos a las áreas de **Siniestros** o de **Indemnizaciones** de manera indistinta.

1.1 Generalidades

1.1.1 El Seguro

El seguro es una institución en que las personas que están expuestas a un riesgo agrupan sus recursos para hacer frente a las consecuencias económicas negativas que se producirán para aquellas en que el hecho constitutivo del riesgo ocurra realmente.

El seguro no evita la existencia del riesgo ni tampoco que el riesgo se produzca, pero a través de la unión de los recursos económicos de todos los expuestos al riesgo, pueden compensarse las pérdidas que sufren unos pocos.

Las primas pagadas por cada asegurado se unen en un fondo administrado por la aseguradora que permite el pago de los siniestros, llamada reserva. De ahí la importancia de conocer los riesgos, estudiarlos y agruparlos en clases homogéneas (segmentarlos) con

el fin de determinar la probabilidad de ocurrencia y que pueda establecerse una prima proporcionada al riesgo de cada uno.

También podemos definir al seguro según su naturaleza económica, social o jurídica pues lleva a cabo funciones de gran trascendencia social con distintas percepciones.

Naturaleza económica del seguro

El seguro puede entenderse, por tanto, como una actividad económica que presta el servicio de transformación de los riesgos (inciertos) de diversa naturaleza a que están sometidos los patrimonios, ya sean particulares o empresariales, en un gasto periódico, presupuestable (conocido) y que pueda ser soportado fácilmente por cada unidad patrimonial.

Naturaleza social del seguro

Junto al concepto de seguro como institución privada de carácter individual y económico, el seguro tiene también una componente social, al ser un instrumento de dilución de las pérdidas económicas que se producen a unos pocos con cargo al conjunto de la comunidad.

Como institución, el seguro lleva a cabo funciones de gran trascendencia social como las siguientes:

- Libera los recursos económicos que habría que destinar a reponer las pérdidas de toda la sociedad. De no existir el seguro, el propietario de un bien que quisiera eludir las consecuencias económicas de los riesgos, debería reservar e inmovilizar una cantidad de dinero muy superior al importe de la prima, dado que se encontraría con la incertidumbre de la valoración económica de las pérdidas causadas por un accidente.
- Promueve la creación de ahorro, a través de la captación de primas por parte de los aseguradores, que se traduce en importantes inversiones de reservas.
- Facilita el equilibrio social y el desarrollo de la colectividad. La seguridad económica que confiere el seguro, respecto de las tensiones creadas por el riesgo y de las incertidumbres económicas derivadas de un siniestro, permite considerarlo como un importante factor de equilibrio y de bienestar social. Por consiguiente el seguro, dicho de forma resumida, aporta seguridad y equilibrio.
- Contribuye a fomentar un mayor nivel de seguridad y protección frente a posibles siniestros. En defensa de sus propios intereses, el asegurador participa y colabora con el asegurado en la adopción de medidas para evitar o reducir las pérdidas. Fundamentalmente en el sector de seguros industriales, pero también en otras clases de seguros, el mercado asegurador ha potenciado en los últimos años su participación activa en la prevención de pérdidas mediante el asesoramiento en materias de prevención y seguridad, aunque aún no se pueda estar satisfechos del nivel alcanzado.

A pesar de los aspectos favorables que se derivan de las funciones sociales del seguro, la conciencia de los asegurados respecto a su papel de consumidores de seguros, en ocasiones y dependiendo de cada país, no es tan positiva. Esta actitud está en interdependencia con el desarrollo económico y social del país y también, de alguna manera, con la imagen que haya sido capaz de transmitir a lo largo del tiempo el propio mercado de seguros. Hay gran diferencia entre los diferentes países en cuanto al grado de penetración alcanzado por el mercado de seguros en su economía. El peso que representa la industria aseguradora en la economía de los países oscila desde pequeños porcentajes 0,3 a 0,8 % en los países en desarrollo, a valores del 4 a 11 % del Producto Interior Bruto en los más desarrollados.

Naturaleza jurídica del seguro

Desde el punto de vista jurídico el seguro se instrumenta como un contrato, por el cual una de las partes, el asegurador, asume las consecuencias del acaecimiento de los riesgos a cambio de un precio (prima) que satisface la otra parte.

Desde este punto de vista, el seguro consiste en la traslación del riesgo al que está expuesta una persona, a otra, que es la entidad aseguradora, la cual asume este servicio. El seguro, en este sentido, es un contrato bilateral por el que se transfiere el riesgo a cambio de un precio.

Definición de seguro

Teniendo en cuenta lo anteriormente expuesto, podemos definir el seguro como¹:

Una Institución de carácter económico-social, regulada jurídicamente, que se propone diluir entre las personas expuestas al riesgo, el valor económico de las pérdidas que se produzcan a sus miembros como consecuencia del acaecimiento del mismo, y como un contrato de transferencia de riesgos al ente asegurado.

1.1.2 Evolución histórica del seguro

Evolución Histórica	
Edad Antigua (- 476 d.c.)	Antecedentes Históricos
Edad Media (476 – 1453)	Primer contrato de Seguro

1 Universidad de Barcelona. Curso de extensión universitaria (en Línea) “Fundamentos Económicos y Técnicos de Seguros y Sistemas Provisionales”. Edición 2005-2006

Edad moderna (1453 – 1789)	Seguros de Personas
Edad Contemporánea (1789 – 2000)	Intervencionismo estatal Influencia de la previsión social
Actualidad (2000 -)	Globalización, Concentración Nuevas Tecnologías

Figura1.1 La Evolución Histórica del Seguro / Universidad de Barcelona. Curso de extensión universitaria (en Línea) “Fundamentos Económicos y Técnicos de Seguros y Sistemas Provisionales”. Edición 2005-2006

Edad Antigua

El seguro, como institución para la dilución de los daños o pérdidas económicas entre los miembros del grupo expuestos a un riesgo, tiene sus orígenes en la antigüedad, pues ya en Babilonia y en la antigua Grecia las leyes marítimas preveían la obligación recíproca de los cargadores de contribuir a la indemnización de los perjuicios causados en caso de tempestad o saqueo.

En Roma existieron asociaciones (los *Collegia*) que mediante una cuota periódica, otorgaban a sus adheridos una sepultura y el servicio del sepelio, así como, en algunas circunstancias, atendían los casos de incapacidad de sus miembros.

Edad Media

En la Edad Media, los gremios pasan a desempeñar las funciones de los *Collegia* romanos, con indemnizaciones a sus miembros en caso de naufragio, incendio, inundación o robo, para lo cual los agremiados abonaban una cantidad periódica.

Paralelamente al desarrollo de estas manifestaciones mutualistas, surge el contrato de seguro marítimo. En 1347 se estipula en Génova el primer contrato de seguro conocido.

Al principio los contratos tenían las formalidades de documentos notariales y progresivamente fueron ocupando su lugar los documentos privados de los aseguradores, a los que se les dio el nombre de "pólizas".

Edad Moderna

El primer antecedente de lo que sería una regulación legal de la actividad del seguro lo encontramos en Barcelona, con la promulgación de las llamadas Ordenanzas de Barcelona, del Consulado del Mar, en 22 de noviembre de 1435.

Al margen del seguro marítimo, el antecedente más remoto en Europa de un contrato de seguro de incendios se encuentra en Hamburgo, en 1591. En esta época el asegurador

reviste forma de mutualidad, hasta que en 1668 se funda la primera compañía de seguros por acciones, domiciliada en París.

Junto con los seguros de bienes se van configurando los de personas, primero a través de operaciones tontinas en Francia, Holanda e Inglaterra. En la segunda mitad del siglo XVIII se desarrollan las bases científicas del seguro de vida: cálculo de probabilidades y estudios sobre mortalidad, que permiten el desarrollo de este seguro con fundamento técnico.

Edad Contemporánea

El seguro de vida en su concepción moderna como abono de la suma pactada al fallecimiento del asegurado, previo pago de una prima, inicia su andadura en 1792 en Inglaterra.

A partir de esa época y durante el siglo XIX, tienen su origen un buen número de entidades que han continuado hasta los tiempos actuales. En España, la primera, fundada en 1821, fue la Sociedad de Seguros Mutuos Contra Incendios de Casas de Madrid.

En dicho siglo, la libertad contractual es un principio básico del liberalismo que impera en el mismo, pero en el siglo XX la libertad encuentra sus límites en el bien común y en las necesidades sociales, todo lo cual impulsa a que se empiece a regular el contrato de seguro, a controlar a las entidades aseguradoras, a imponer la obligación de asegurarse en ciertos casos, y se desarrollan sistemas de la Seguridad Social.

Las notas características de este periodo son el intervencionismo estatal, la aparición de nuevos riesgos siguiendo la evolución de la sociedad y la influencia de la política de previsión social.

Actualidad

A finales del siglo XX y principios del XXI, la globalización de la economía determina movimientos profundos de concentración e internacionalización, cambios profundos en los sistemas de distribución y aplicación de tecnologías informáticas y de comunicaciones en la gestión, así como de armonización legislativa.

El seguro en México

Hasta finales del siglo XVIII es poco o nada lo que se puede hablar en materia de seguros en México, ya que durante los tres siglos de dominio español todos los seguros eran contratados por españoles, que operaban de acuerdo a las leyes españolas. A partir de la Guerra de Independencia, los escasos seguros siguieron contratándose con las empresas extranjeras y no fue sino hasta la época del gobierno del general Porfirio Díaz, en que se legisló por primera vez en materia de seguros, es así como aparecen una serie de disposiciones a través del Código de Comercio de 1884 y 1889 y posteriormente en el año

1893 surge el primer intento significativo por normalizar las operaciones de seguros en México. Por esos tiempos operaban en México además de los extranjeros, dos empresas mexicanas, “La Mexicana” y “La Fraternal”, mismas que desaparecieron algunos años después. En el año de 1897 se fundó la “Compañía General Anglo-Mexicana de Seguros”. En 1901 se fundó “La Nacional, Compañía de Seguros sobre Vida”, en 1906 la “Latino Americana, Compañía de Seguros de Vida” y en 1908 la “Compañía de Seguros la Veracruzana”. El 25 de Mayo de 1910 se expidió la “Ley Relativa a la Organización de las Compañías de Seguros sobre la Vida” que ratificara a la de 1892 y perseguía la idea de que el estado tuviera una mayor intervención en materia de seguros, posteriormente el día 25 de Mayo de 1926 se dicta una nueva ley denominada “Ley General de Sociedades de Seguros”, la que tenía por objeto fundamentalmente que el Estado ejerciera una mayor vigilancia a control de las Instituciones de Seguros, sin embargo la mayor parte de las operaciones de seguros en México, eran practicadas por agencias extranjeras, con lo cual las primas generadas eran enviadas al extranjero y las inversiones de reservas a pesar de las disposiciones legales, se hacían casi en su totalidad en los países relativos a dichas empresas en beneficio de economías ajenas en detrimento de los intereses de las mexicanas.

Ante las circunstancias antes señaladas, las autoridades mexicanas se vieron en la necesidad de mexicanizar el seguro, promulgando el día 26 de Agosto de 1935 dos nuevas leyes, las que se encuentran actualmente en vigor, “La Ley General de instituciones de Seguros” y la “Ley Sobre el Contrato del Seguro”, constituyendo una fecha memorable en los anales del desarrollo del seguro en México, ya que la primera dejó sentadas las bases para la verdadera mexicanización y el correcto funcionamiento de la industria aseguradora en México y la segunda establece las normas para la interpretación y adecuada aplicación del contrato de seguros.

El desarrollo de la industria de los seguros en México ha tenido impactos importantes desde diferentes puntos de vista. Si lo vemos desde la perspectiva laboral, al 31 de Diciembre del 2010, el sector asegurador estaba conformado por 99 instituciones, de las cuales una era institución nacional de seguros, una sociedad mutualista de seguros y el resto instituciones de seguros privadas² por lo que son una fuente significativa de empleo. Desde el punto de vista social, con la incursión de la cultura de la prevención a través de los seguros en la sociedad mexicana, muchas personas, familias y empresas, se han visto beneficiadas al momento de la ocurrencia de algún siniestro que afecte su persona o bienes en el sentido de que no han puesto en riesgo su patrimonio para hacer frente a las consecuencias económicas que pudieran derivarse de dicho siniestro, tan solo para el 2010 en México se pagaron 81,064.5 millones de pesos de siniestros incluyendo todos los ramos del sector³. Analizando el impacto económico, los activos del sector asegurador sumaron 653,737.9 millones de pesos al finalizar el cuarto trimestre de 2010, del total de

²Comisión Nacional de Seguros y Fianzas. Boletín de análisis sectorial seguros, pensiones y fianzas http://www.cnsf.gob.mx/Difusion/BoletinSect/2010/BASdic10_31_03_11_vf.pdf. 2010

³ Comisión Nacional de Seguros y Fianzas. Formas Estadísticas de Seguros (FES). <http://www.cnsf.gob.mx/InformacionEstadistica/Paginas/InformacionConsolidada.aspx>. 2010

estos activos, el 79% estaba representado por el rubro de inversiones. En este sentido, los activos del sector asegurador representaron 5.1% del Producto Interno Bruto⁴.

1.1.3 Clases de Seguros

Con base a lo estipulado en el Artículo 7º de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros (LGISMS), los seguros se dividen de acuerdo a su operación y ramo como sigue:

I.- Vida;

II.- Accidentes y enfermedades, en alguno o algunos de los ramos siguientes:

a).- Accidentes personales;

b).- Gastos médicos; y

c).- Salud;

III.- Daños, en alguno o algunos de los ramos siguientes:

a).- Responsabilidad civil y riesgos profesionales;

b).- Marítimo y transportes;

c).- Incendio;

d).- Agrícola y de animales;

e).- Automóviles;

f).- Crédito;

g).- Crédito a la vivienda;

h).- Garantía financiera;

i).- Diversos;

⁴ Comisión Nacional de Seguros y Fianzas. Boletín de análisis sectorial seguros, pensiones y fianzas http://www.cnsf.gob.mx/Difusion/BoletinSect/2010/BASdic10_31_03_11_vf.pdf. 2010

j).- Terremoto y otros riesgos catastróficos, y

k).- Los especiales que declare la Secretaría de Hacienda y Crédito Público,

Según el Artículo 8º, de la LGISMS, los seguros comprendidos para las operaciones de vida, serán aquellos que tengan como base del contrato riesgos que puedan afectar la persona del asegurado en su existencia. Se considerarán comprendidos dentro de estas operaciones los beneficios adicionales que, basados en la salud o en accidentes personales, se incluyan en pólizas regulares de seguros de vida.

También se considerarán comprendidas dentro de estas operaciones, los contratos de seguro que tengan como base planes de pensiones o de supervivencia relacionados con la edad, jubilación o retiro de personas, ya sea bajo esquemas privados o derivados de las leyes de seguridad social.

1.1.4 El seguro de vida por fallecimiento

Debido a que el tipo de seguro del que estaremos estudiando su proceso de Indemnización es el seguro de vida que cubre el riesgo de fallecimiento del asegurado, ahondaremos un poco más en el tema.

El seguro de vida es un contrato por el cual una de las partes, el asegurador, se compromete, mediante una prima única o periódica que recibe del tomador del seguro, a pagar al beneficiario la cantidad o cantidades estipuladas si acaece, en el plazo convenido para duración del contrato, la eventualidad prevista en el mismo sobre la vida del asegurado, es decir, si ocurre su fallecimiento.

El seguro puede ser contratado a prima única o periódica, con prestaciones en forma de capital o renta, con prestaciones constantes o variables. En general, existen numerosas modalidades o combinaciones de seguro, de acuerdo con los deseos o necesidades de cada individuo.

Características de los seguros de vida

Los seguros de vida cubren un riesgo homogrado, variable y de incertidumbre relativa al tiempo de ocurrencia.

Los seguros de vida, protegen un riesgo homogrado, ya que las prestaciones del seguro solo se pagarán si el asegurado fallece (en los seguros de vida para caso de muerte) o

sobrevive en una o unas fechas determinadas (en los seguros para caso de vida), no cubriéndose ninguna situación intermedia distinta a la muerte o la vida.

El riesgo cubierto por los seguros de vida es, por otra parte, variable con la edad: la mortalidad humana es creciente a medida que la persona va envejeciendo.

El riesgo que cubre el seguro de vida tiene una naturaleza peculiar en orden al tipo de incertidumbre que el riesgo presenta. Efectivamente, todo riesgo, como posibilidad de que ocurra un evento futuro, incierto y económicamente desfavorable, requiere para ser definido como tal que exista incertidumbre sobre su ocurrencia. Generalmente, esta incertidumbre se refiere a si se producirá el hecho, a cuándo y al grado o "cuánto", es decir la intensidad con que dicho evento ocurrirá.

Nos encontramos con que, de estas tres categorías de incertidumbre, en el riesgo de muerte sólo se da una de ellas:

- Existe certeza de que todo ser humano fallecerá.
- Sólo puede producirse este hecho con una intensidad.
- Sin embargo, la incertidumbre existe sólo en el "Cuándo", bastando la misma para hacer posible la existencia del seguro.

Las características señaladas determinan que el estudio del riesgo y las bases técnicas del seguro serán distintas que en los seguros que cubren riesgos heterogrados, pues en el seguro de vida la posible intensidad del siniestro será siempre del 100% si el suceso acaece.

Por otra parte, se requiere tener en cuenta bases estadísticas que recojan la duración o tiempo de exposición al riesgo del sujeto; es decir, la edad.

Ya hemos hablado del carácter no indemnizatorio del seguro de vida como una de sus particularidades. Lo anterior, ya que el objeto asegurado en estos seguros, la persona, no tiene un valor objetivo puesto que la muerte puede producir unas necesidades económicas muy diversas según la persona asegurada de que se trate. La prestación no guarda relación con un interés objetivo, sino con las necesidades que el asegurado piensa que tendrán sus beneficiarios en el caso de que él fallezca. Por lo tanto, en los seguros de vida, no hay interés objetivamente evaluable. Hay simplemente, determinación de una suma o servicio a prestar por la entidad aseguradora en los casos cubiertos por el contrato. Por ello, las sumas aseguradas se fijan en función de los deseos del tomador del seguro, así como de sus posibilidades económicas.

Las modalidades o combinaciones de seguros de vida pueden ser muy numerosas, tanto como puedan serlo las ideas de cada individuo respecto al régimen de previsión que su caso particular requiere como arreglo a su edad, sexo, situación familiar, manera de vivir, recursos económicos, y de acuerdo con sus condiciones económicas y sociales:

1. Por la forma de pagarse las primas, el seguro puede ser a prima única o a prima periódica. El seguro será a prima única cuando se estipule que la prima será satisfecha al formalizar el contrato, de una sola vez.
2. Por la temporalidad del contrato, es decir, este tipo de seguros pueden contratarse para tener una duración determinada, transcurrida la cual el seguro queda sin efecto, o por toda la vida.
3. Por la forma del pago de la indemnización: capital (monto único) o renta

El seguro de vida está fundamentado técnicamente en bases estadísticas de mortalidad humana e interés técnico que son de larga y comprobada experiencia, lo que permite una elevada técnica en este seguro además de que permiten una gran precisión en el cálculo de las primas y la determinación en cada momento de las obligaciones del asegurador.

Factores de segmentación de riesgos

Los criterios de segmentación de riesgos para los seguros de vida dan como consecuencia diferentes tarifas de prima, permitiendo así una equidad entre las primas que satisface a cada uno:

- **El grupo de población** en el que se incluyen los sujetos a asegurar, es decir, fundamentalmente el país o zona continental en donde se dan determinadas circunstancias sanitarias y de longevidad.
- **La edad** es el factor más influyente en la probabilidad de muerte o supervivencia. Es el criterio de mayor importancia y normalmente éste es el factor de segmentación sobre el que se apoya la determinación de las primas.
- **El sexo** a igual edad, la mortalidad del sexo femenino es menor que la del hombre.
- **El estado de salud del individuo**, es decir, su normalidad con respecto a la población general o el padecimiento de las enfermedades, que califican al riesgo como anormal. El estado de salud puede determinar que el riesgo sea calificado como agravado, es decir, anormal o con una probabilidad de ocurrencia superior a la que corresponde al grupo de población normal.
- **El nivel de ingresos** El mayor nivel de ingresos determina una mayor longevidad.
- **Algunos hábitos** Como el de fumar, que determinan probabilidades de fallecimiento diferenciadas, obviamente más altas para las personas fumadoras, así como la profesión, los viajes, la práctica de deportes, etcétera.

1.2 Las Aseguradoras y sus áreas de siniestros en México

Es este apartado ubicaremos a las Instituciones Aseguradoras dentro del Sistema Financiero Mexicano y hablaremos de la participación del seguro en la macroeconomía de cualquier país. Asimismo, veremos cómo se encuentran estructuradas las aseguradoras y donde se ubican las áreas de siniestros dentro de estas instituciones.

1.2.1 El Sistema Financiero Mexicano

Un Sistema Financiero es el medio en el que los participantes con exceso de liquidez buscan invertir su ahorro en las opciones que les ofrecen los intermediarios financieros, los cuales se han encargado previamente de contactar con las unidades deficitarias de recursos financieros para proceder a la captación y colocación de los activos que emiten.

El sistema financiero mexicano es el conjunto de personas y organizaciones, tanto públicas como privadas, por medio de las cuales se captan, administran, regulan y dirigen los recursos financieros que se negocian entre los diversos agentes económicos, dentro del marco de la legislación correspondiente⁵.

Una manera de visualizar al conjunto de entidades que conforman este sistema es dividirlo en cuatro partes:

1. Las instituciones reguladoras y supervisoras
2. Las instituciones financieras, que realizan propiamente las actividades financieras
3. Las personas y las organizaciones que realizan operaciones, en calidad de clientes, con las instituciones financieras.
4. El conjunto de las organizaciones que se pueden considerar como auxiliares, por ejemplo, las asociaciones de bancos o de aseguradoras.

No debe perderse de vista que estos cuatro grupos están contemplados y regulados por la legislación vigente.

Las actividades de regulación y control son efectuadas por instituciones públicas que reglamentan y supervisan las operaciones y las actividades que se llevan a cabo y por otro lado, definen y ponen en práctica las políticas monetarias y financieras fijadas por el gobierno. Estas instituciones reguladoras y supervisoras, del Sistema Financiero Mexicano son:

⁵ Alfredo Díaz Mata y Luis Ascensión Hernández Almora. "Sistemas Financieros Mexicano e Internacional en Internet". Editorial Sicco 1999.

- La Secretaría de Hacienda y Crédito Público (SHCP)
- El Banco de México (Banxico)
- La Comisión Nacional Bancaria y de Valores (CNBV)
- La Comisión Nacional de Seguros y Fianzas (CNSF)
- La Comisión Nacional del Sistema de Ahorro para el Retiro (Consar).

Las Instituciones financieras están divididas, de acuerdo con el tipo de actividad que realizan:

- Instituciones de crédito (Sistema Bancario)
- Sistema bursátil
- Instituciones de seguros y fianzas
- Organizaciones y actividades auxiliares del crédito
- Sistema de Ahorro para el Retiro (SAR)
- Grupos financieros.

Las organizacionales auxiliares se pueden dividir en los siguientes grupos:

- Asociaciones de instituciones financieras
- Asociaciones de clientes de las instituciones financieras
- Organizaciones dedicadas al estudio de determinadas actividades
- Fondos de fomento.

En cuanto a la legislación, sin incluir leyes de gran importancia pero que no tienen relación directa con el sistema, como podría ser la misma Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, a continuación se listan las principales disposiciones legales que se ocupan del sistema financiero mexicano:

- Ley de Instituciones de Crédito.
- Ley Reglamentaria del Servicio Público de Banca y Crédito
- Ley del Banco de México
- Ley para Regular las Agrupaciones Financieras
- Ley General de Organizaciones y Actividades

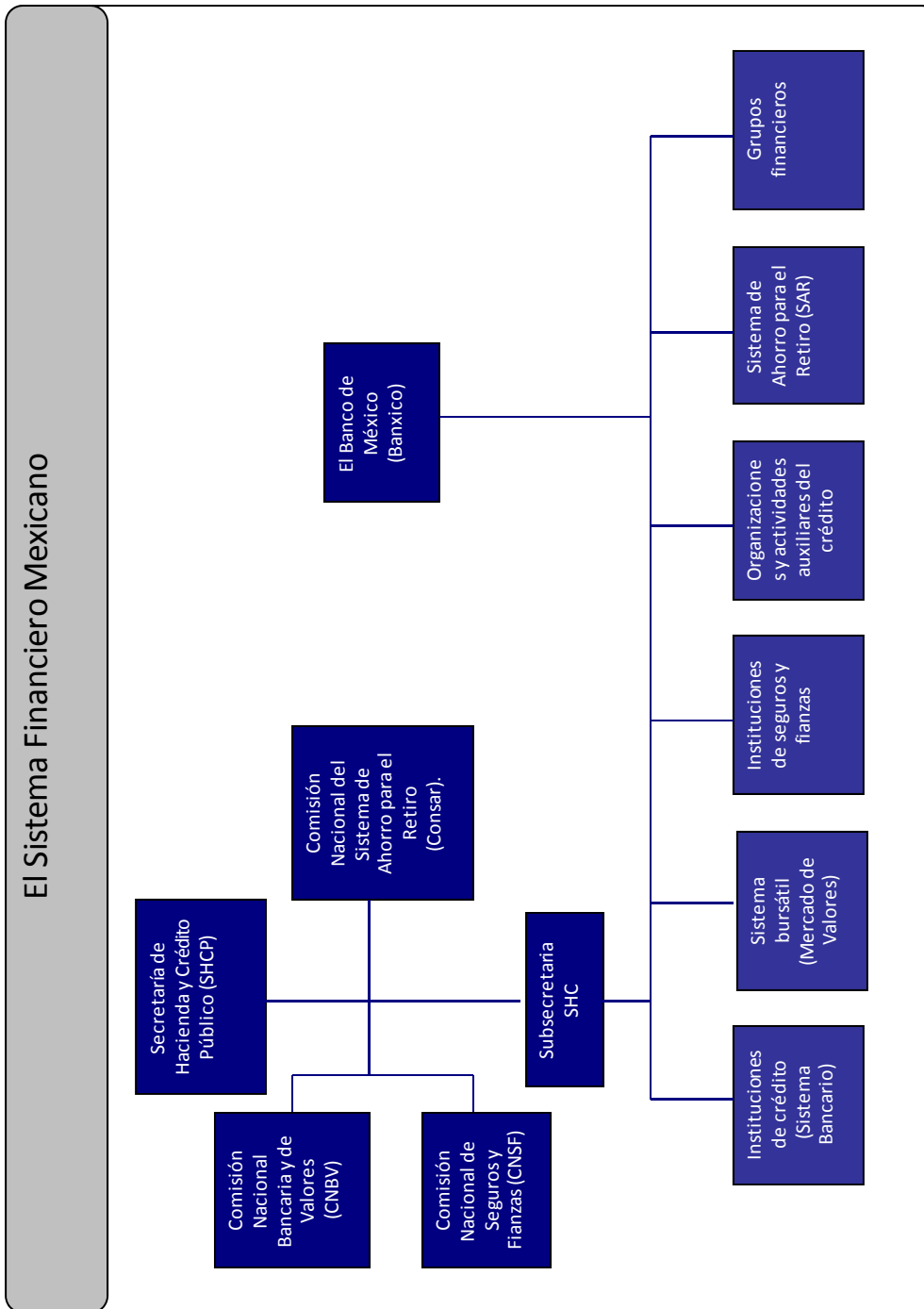


Figura1.2 El Sistema Financiero Mexicano / Alfredo Díaz Mata y Luis Ascensión Hernández Almora. "Sistemas Financieros Mexicano e Internacional en Internet". Editorial Sicco 1999.

1.2.2 El seguro en el ámbito macroeconómico

En el ámbito macroeconómico, el seguro es una rama de la economía cuyo fin es la conservación de la riqueza, reconstruyendo industrias, facilitando sumas monetarias a familiares de las personas fallecidas, proporcionando pensiones a los jubilados, etcétera.

La existencia del seguro fomenta la iniciativa privada, al permitir el desarrollo de la actividad económica con garantías de seguridad.

El seguro, además, estimula la prevención de riesgos, evitando o aliviando la pérdida para la economía que produciría el siniestro.

Junto a la función aseguradora, la industria del seguro presenta una segunda característica, propia de las empresas financieras. Dado que en el sector asegurador se recaudan las primas al inicio de la cobertura de los contratos, produciéndose en un momento posterior el pago de los siniestros, se generan excedentes financieros o fondos de reserva, que las entidades aseguradoras invierten de conformidad con la legislación aseguradora, en activos financieros o materiales.

El ahorro procedente del seguro se denomina ahorro contractual, al estar constituido por pagos regulares en virtud de un contrato. Supone por tanto una voluntad continua de ahorro con las ventajas de la estabilidad, lo que permite la consolidación de los mercados financieros (mercados de capitales, de dinero, préstamos hipotecarios, etcétera) al generar recursos a largo plazo.

El ahorro contractual generado por el seguro se mide en términos cuantitativos por el incremento de las provisiones técnicas, fundamentalmente provisiones matemáticas del seguro de vida y provisiones de primas no consumidas y de siniestros pendientes en los seguros no vida.

Las reservas técnicas de las entidades aseguradoras deben ser invertidas de acuerdo con lo dispuesto legalmente, fundamentalmente en valores (del Estado o emitidos por empresas industriales o comerciales) con lo que se financia la actividad de otros sectores económicos; así como en inmuebles, préstamos, etcétera.

Los fondos en poder de las entidades aseguradoras, al ser invertidos proporcionan un rendimiento financiero, al tiempo que generan riqueza en otros sectores económicos.

Los rendimientos financieros obtenidos de la inversión de las reservas técnicas pueden así "descontarse" de las primas, mediante la aplicación del interés técnico como factor importante en el cálculo de las mismas o bien ser cedidos a los asegurados en forma de mejora de las prestaciones.

En su aspecto financiero, el seguro es pues un elemento de estabilidad o antiinflacionista, pues disminuye el consumo y estimula el ahorro; ahorro que se invierte a largo plazo, ya que, de una parte, los seguros de vida acostumbran a tener duraciones largas y las reservas matemáticas se invierten por tanto a largo plazo. De otra parte, en los demás seguros, aunque las reservas de primas no consumidas y de siniestros pendientes se mantengan por poco tiempo en la entidad aseguradora, son reemplazadas por las de años sucesivos por efecto de la conservación de la cartera y son crecientes como consecuencia de la expansión de la misma. De ahí que las entidades aseguradoras inviertan también en estos ramos a largo plazo, en inmuebles, valores, entre otros.

1.2.3 La atención de siniestros dentro de la Institución Aseguradora

Una Aseguradora, produce “seguros”, lo que implica, crear productos y distribuirlos, emitir pólizas, cobrar recibos, mantener los seguros y pagar los siniestros que produzcan. Por lo anterior podríamos clasificar las funciones básicas de una entidad aseguradora como sigue:

- Funciones técnicas
- Funciones comerciales
- Funciones administrativas
- Funciones económico – financieras
- Recursos humanos
- Servicios jurídicos

Existen diversas formas de organizar las funciones dentro de una aseguradora. Algunas de sus funciones pueden estar bajo modelos centralizados o descentralizados, generalmente esta dualidad se presenta en las áreas de operaciones o las encargadas de la emisión de pólizas y el trámite o liquidación de los siniestros. Las otras funciones como las técnicas, económico – financieras, recursos humanos etcétera, se encuentran generalmente centralizadas.

El organigrama de la Institución Aseguradora puede organizarse por funciones, ramos, segmentos de mercado etcétera. Dicha organización depende de varios criterios, como número de productos que opera, canales de distribución que utiliza, rango geográfico que abarca etcétera. Lo importante es que el organigrama permita a la Institución la realización de todas las funciones necesarias.

Las funciones a desarrollar por cada área si el modelo de organizaciones fuese por tipo de funciones quedarían como sigue:

1. Área Técnico Actuarial

Esta área incluye el **diseño de productos**, es decir, la decisión de todos los elementos que forman parte de los productos que se van a comercializar:

- Bases técnicas de cada modalidad de seguro (estadísticas de siniestralidad, recargos de seguridad, etcétera)
- Condiciones generales de las pólizas
- Determinación de los factores de segmentación de riesgos
- Tarifas de primas a aplicar
- Normas de selección de riesgos
- Políticas de contratación
- Políticas de reaseguro
- Organización de la tramitación de siniestros
- Cálculo de las provisiones técnicas.

El diseño de productos comprende tanto el diseño de productos nuevos como la modificación de productos existentes, en su vertiente técnica. Obviamente el diseño de un producto requiere también del concurso del área de Marketing, que colaborará en el estudio de las necesidades de mercado y su viabilidad comercial, del área Administrativa (para el diseño de los procedimientos y su informatización), y del área legal (redacción de las cláusulas del contrato).

Para cada producto deberá definirse:

- Los riesgos que se van cubrir, con la decisión sobre los que serán opcionales y excluidos.
- Los precios que se aplicarán. Para ello es preciso utilizar estadísticas técnicas, determinar los factores de clasificación del riesgo, conocer las probabilidades de ocurrencia y la intensidad media y calcular el recargo de seguridad en su caso.
- El material de explotación del seguro: modelo de la solicitud, con las preguntas y datos que se solicitarán al candidato al seguro, normas que se aplicarán para la selección de los riesgos y cuándo procederá la inspección previa, procedimientos para la emisión de las pólizas (entes autorizados para aceptarlas y para emitir las, aplicación de recargos u otras medidas de suscripción), textos de las cláusulas aplicables en las pólizas como: condiciones generales y particulares o cláusulas especiales.
- Las normas para la tramitación de siniestros: valoración de los siniestros, cálculo de las provisiones para siniestros pendientes y para riesgos en curso. Cálculo de las provisiones matemáticas y otras.

Específicamente sobre este tema de diseño de productos, la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros en su artículo 36 nos dice que para determinar sobre bases técnicas, las primas netas de riesgo a fin de garantizar con un elevado grado de certidumbre, el cumplimiento de las obligaciones que al efecto contraigan con los

asegurados, las instituciones de seguros deberán sustentar cada una de sus coberturas, planes y las primas netas de riesgo que correspondan, en una nota técnica en la que se exprese de acuerdo a la operación o ramo de que se trate, lo siguiente:

- a. Las tarifas de primas y extraprimas;
- b. La justificación técnica de la suficiencia de la prima y, en su caso, de las extraprimas;
- c. Las bases para el cálculo de reservas;
- d. Los deducibles, franquicias o cualquier otro tipo de modalidad que, en su caso, se establezcan;
- e. El porcentaje de utilidad a repartir entre los asegurados, en su caso;
- f. Los dividendos y bonificaciones que correspondan a cada asegurado, en los casos que procedan;
- g. Los procedimientos para calcular las tablas de valores garantizados, en los casos en que procedan;
- h. Los recargos por costos de adquisición y administración que se pretendan cobrar; e
- i. Cualquier otro elemento técnico que sea necesario para la adecuada instrumentación de la operación de que se trate.

Las instituciones de seguros sólo podrán ofrecer al público los servicios relacionados con las operaciones que esta Ley les autoriza, previo el registro de las notas técnicas que al efecto lleve la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

También es importante mencionar que este mismo artículo nos dice que las notas técnicas deberán ser elaboradas y firmadas por un actuario con cédula profesional que además cuente con la certificación vigente emitida para este propósito por el colegio profesional de la especialidad o acredite ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas que tiene los conocimientos requeridos para este efecto.

En general, las bases jurídicas para las actividades que se llevan a cabo dentro del área técnico actuarial, las encontramos en la LGISMS y en las circulares emitidas por la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

Corresponderá también al área técnica la formulación de la **política de reaseguro** y su aplicación práctica: establecimiento de contratos de reaseguro, cesiones facultativas, etcétera.

Pueden corresponder a esta área las funciones operativas de **suscripción y contratación de pólizas** así como las de **tramitación de siniestros**, si bien en la mayor parte de organizaciones éstas corresponden al área administrativa, como veremos más adelante.

Esta área es en la que mayormente se encuentran los actuarios dentro de la aseguradora pero no hay que perder de vista que no es la única y que existen otras más donde los actuarios podemos desarrollarnos.

2. Área Comercial

En esta área se realizan las funciones de:

Investigación comercial, se refiere al estudio de la evolución de las necesidades de los clientes y a su segmentación, el estudio de la competencia, y de la evolución del entorno, buscando nuevas oportunidades de negocio. Estudios sobre la satisfacción de los actuales clientes y de sus necesidades de cobertura serán también funciones de esta área, así como la colaboración en el desarrollo de nuevos productos.

Dinamización comercial. Corresponderá al área el apoyo al canal de distribución para la venta de los productos, por ejemplo: manuales de producto, formación comercial sobre técnicas de venta, sobre planificación del trabajo comercial, métodos para la prospección de clientes, métodos para la fidelización de clientes, para efectuar campañas de venta cruzada, construir argumentarios de venta, control de la producción.

Comunicación. Se incluyen todas las funciones relacionadas con la comunicación: imagen y marca, publicidad, información a los medios, información a la red comercial, relaciones públicas, etcétera.

Distribución comercial. La empresa de seguros debe vender sus productos a través de un canal de distribución. Este puede ser un canal propio, como el de vendedores en nómina o a comisión, agentes de seguros, venta directa en sucursales, venta por teléfono o por correo, o bien ajeno: corredores de seguros, oficinas bancarias, etcétera. Muchas compañías utilizan un solo canal para la distribución de seguros, pero otras operan bajo la fórmula de distribución multicanal. La estrategia y la estructura de empresa deberán ser distintas en función del o de los canales elegidos. La función de Distribución es la que dirige y controla a la o a las redes de distribución que utiliza la entidad. Para ello a menudo cuenta con departamentos internos de apoyo (principalmente para el seguimiento de los distintos canales si se utilizan varios, el establecimiento de contratos con los mediadores o acuerdos con los demás canales, la instalación de sucursales y oficinas de agencia, el establecimiento y seguimiento del plan comercial), así como direcciones regionales o por zonas geográficas, que se encargan del reclutamiento de nuevos miembros de la red comercial y de su seguimiento.

3. Área Administrativa

Agruparemos las funciones del área administrativa en los siguientes apartados:

Sistemas administrativos. Incluye el diseño de los procesos productivos, de la organización interna, el diseño de circuitos, métodos operativos que deberán utilizarse, impresos, control del funcionamiento administrativo, etcétera.

Sistemas de información. El área es responsable de los sistemas informáticos: diseño del hardware, adquisición o diseño del software, análisis de sistemas y funcional, programación y explotación de datos.

Funciones operativas. Finalmente, del área administrativa dependerá la gestión de las operaciones. La recogida de solicitudes, selección de riesgos, tarificación, emisión de pólizas, cesión al reaseguro, modificaciones y suplementos a las pólizas, el cobro de recibos de primas, las anulaciones de contratos, y el ***trámite administrativo de siniestros (recogida de partes de siniestros, valoración inicial de los mismos, tramitación y pago)*** corresponderán a esta función, que puede denominarse de operaciones. Las operaciones administrativas pueden realizarse centralizada o descentralizadamente en unidades de negocio distribuidas geográficamente y pueden asimismo realizarse exclusivamente por el personal de la entidad aseguradora o ser ejecutadas en parte por la red de agentes y corredores. Actualmente la tendencia es hacia la descentralización máxima de la entrada de información y en cambio la centralización máxima de las operaciones que se ejecutan a partir de la misma.

Control de calidad. Se refiere a la auditoría interna de procedimientos y el control del funcionamiento de todas las unidades de la empresa, así como la medida de la calidad.

Tecnología de comunicaciones. El diseño de las comunicaciones, de voz, de imagen y de datos, corresponde también al área Administrativa. Actualmente la tecnología de mayor uso es la de internet - intranet, a través de las cuales los mediadores y los profesionales, así como los clientes, se relacionan con la entidad aseguradora, disponiendo de las plantillas de introducción de datos y de la información a tiempo real de la situación de cada trámite, consultando con las bases de datos de la Compañía.

4. El área económico-financiera

Agruparemos las funciones del área económico-financiera en los siguientes apartados:

Contabilidad. Recoge las transacciones efectuadas. Como veremos en el capítulo 3 de este trabajo, las entidades aseguradoras deben utilizar un Plan de Cuentas único, aplicable con

carácter general para todas ellas. La mayor parte de las transacciones generan asientos automáticos (por ejemplo, la emisión de pólizas genera asientos de primas, comisiones, impuestos; la ocurrencia de siniestros genera provisiones para siniestros pendientes; o el pago de nóminas, asientos relacionados con costes de personal, retenciones de impuestos, etcétera.) y otros se generan de forma manual (como el pago de facturas a proveedores diversos). El resumen de la contabilidad consiste en la memoria, la cuenta de resultados y el balance. Será misión del área económico-financiera su confección así como el análisis de los diferentes *ratios* económicos y financieros que se derivan de los mismos, con los que se podrá estudiar el comportamiento y evolución de los resultados de la entidad.

Gestión de cobros y pagos. El cobro de recibos de prima, el pago de comisiones y gastos, y en general los movimientos de tesorería, el cuadro de la cuenta de bancos, y todos los movimientos financieros serán competencia de esta área.

Costes y suministros. Los gastos de funcionamiento de la entidad requieren la realización de compras y gastos: compra de material, pago de nóminas, adquisición de programas informáticos, pago de cursos de formación, suministro de servicios de electricidad, telefonía, correo, etcétera, los cuales pueden corresponder a diferentes departamentos, pero que generalmente están coordinados y autorizados por el área económico financiera, que efectúa una intervención sobre todos ellos.

Planificación y Control de Gestión. La actividad de planificación y el consecuente control de gestión, son funciones que corresponden a la dirección general, pero a menudo el área económico-financiera es la que cuenta con los departamentos especializados que aportan el soporte para realizar esta tarea.

Pago de impuestos. El área económico-financiera será también responsable de todos los aspectos relacionados con los impuestos: retenciones a proveedores y empleados, recaudación de impuestos sobre primas de seguro, pago de impuestos (los recaudados a terceros que deben liquidarse, impuesto de sociedades, de transmisiones patrimoniales, etcétera).

Auditoría Debemos distinguir entre auditoría interna y externa. La auditoría interna se refiere a la evaluación de los sistemas de control de la compañía, por medio de personal especializado de la propia plantilla de la compañía, que deberán revisar la aplicación de las normas internas de funcionamiento de la entidad, para garantizar la seguridad de las operaciones y que no se cometan irregularidades. Nos referimos, por ejemplo, a que no existan recibos pendientes de cobro incobrables, o que estos se reclamen adecuadamente; que se cumplan los procedimientos para la liquidación de siniestros, que se efectúe periódicamente el cuadro de saldos contables, que los mediadores liquiden a la compañía las primas cobradas, que se apliquen a favor de estos los cuadros de comisiones acordados, que se seleccionen los riesgos de acuerdo con los criterios fijados por el área técnica, que los gastos que se efectúan estén previamente aprobados por las personas

que tienen esta responsabilidad, etcétera. La auditoría interna puede ubicarse en el área económico-financiera o bien depender directamente de la dirección general.

La auditoría externa es realizada por profesionales independientes y se centra en el análisis y comprobación de la veracidad y correcta aplicación de la normativa contable por la compañía. Los auditores externos efectúan un informe para los accionistas y para el Órgano de Control.

Inversiones. Finalmente corresponde a esta área la inversión en activos para procurar rentabilidad financiera a las provisiones técnicas y a los fondos propios excedentes de la entidad. Dependiendo del tamaño de la compañía, ésta puede contar con departamentos especializados en inversiones inmobiliarias y financieras propiamente dichas: inversión en activos monetarios, en renta fija, en fondos de inversión, en acciones, entre otros. Corresponden pues al área: la búsqueda de inversiones que satisfagan los criterios de seguridad, rentabilidad, congruencia de plazos y diversificación exigibles cuando se trata de la inversión de las provisiones técnicas; el estudio de alternativas de inversión y la decisión que corresponda; así como la posterior administración de las inversiones: adquisición, depósito, cobro de rendimientos, venta, etcétera.

5. Área de Recursos Humanos

Agruparemos las funciones del área de Recursos Humanos como sigue:

Gestión de Personal. Incluye la selección y reclutamiento del personal: el establecimiento de los procedimientos para ello, tales como la determinación previa de la necesidad del puesto de trabajo, descripción de las funciones, remuneración aplicable, perfil de la persona que puede cubrirlo (titulación, experiencia, cualidades y/o actitudes), búsqueda previa dentro de la plantilla antes de acudir a la selección externa, intervención para ésta de una empresa externa de selección, en su caso; así como la realización de la selección y reclutamiento propiamente dichos: reconocimiento médico, acogida, formación inicial, periodo de prueba y demás actividades relacionadas. Corresponde también al área la decisión sobre la promoción y desarrollo profesional de los empleados, la rotación de puestos de trabajo, los programas de formación y la planificación de carreras. Finalmente, el cese por causas disciplinarias, por jubilación, o a petición propia. La gestión de personal no debe efectuarse por el área de Recursos Humanos de forma autónoma, sino que toda decisión debe ser asumida y compartida por los jefes directamente responsables del empleado.

Administración de Personal. Toda gestión de recursos humanos implica además unos aspectos administrativos: apertura de los expedientes de personal, determinación de la remuneración y pago de nóminas, pago de seguros sociales, retenciones de impuestos,

control de asistencia, organización de turnos y vacaciones, gestión de las bajas por enfermedad, organización de sistemas de remuneración variable y pago de los premios o incentivos que correspondan, etcétera.

Relaciones Laborales. Finalmente, se deben mantener relaciones con los representantes del personal (comité de empresa, delegados de personal, representantes sindicales...), tanto para la negociación colectiva como para otros acuerdos, dicha función le corresponde también al área de recursos humanos.

6. Área de servicios jurídicos

Como en toda empresa, en las aseguradoras deben tomarse decisiones que afectan al ámbito jurídico, por ello las empresas cuentan con un área jurídica apoyada normalmente por abogados internos y externos.

Las decisiones que afectan al ámbito jurídico son decisiones que tienen relación con el derecho societario (estatutos de la sociedad, acuerdos del Consejo y de la Junta de Accionistas o Asamblea, poderes otorgados a directivos...), mercantil (contratos con mediadores, contratos de compraventa...), laboral (contratos de trabajo, conflictos colectivos, reclamaciones del personal, despidos u otras sanciones...), fiscal, civil, penal, etcétera.

Un área jurídica es la que se responsabiliza de que las actuaciones de la empresa, en todos sus ámbitos, se realicen conforme a derecho.

En particular, la empresa de seguros deberá contar con un departamento jurídico en el ámbito de los siniestros, ya que se producen con frecuencia actuaciones judiciales, ya sea por reclamación de perjudicados o de los propios asegurados.

La entidad, según su tamaño, generalmente no puede contar con todos los especialistas en las diferentes ramas del derecho, por ello, normalmente el área se responsabiliza directamente sólo de algunos asuntos y para otros cuenta con abogados externos.

Como hemos visto en este último apartado, las áreas de indemnizaciones o de siniestros, se pueden encontrar por organigrama, dentro del área técnica o en el área de operaciones que a su vez forma parte del área administrativa. Asimismo pueden estar centralizadas o descentralizadas, es decir en una sola oficina de atención o varias oficinas regionales. Existe también otra modalidad donde las aseguradoras contratan o crean empresas dedicadas exclusivamente a la atención de siniestros y estas a su vez pueden tener diferentes modelos de organización.

Sea cual sea la ubicación del área de atención de siniestros dentro de las aseguradoras las funciones son las mismas y le dedicaremos el siguiente capítulo a la descripción de las mismas o dicho de otra forma, al proceso de dictamen de siniestro.

1.2.4 Marco jurídico del sector asegurador en México

El Sector Asegurador Mexicano tiene un conjunto de leyes que norman y regulan tanto a las entidades participantes y autoridades (Aseguradoras y Sociedades Mutualistas como participantes y a las Comisiones) como a las operaciones en sí mismas.

Las leyes principales que conforman el marco jurídico en nuestro país son:

- La Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros (LGISMS)
- La Ley Sobre el Contrato de Seguro (LSCS)

Y como normatividad complementaria:

- Reglamento de Agentes de Seguros y Fianzas
- Reglamento del Seguro de Grupo para la Operación de Vida y del Seguro Colectivo para la Operación de Accidentes y Enfermedades
- Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros
- Código Civil

La actividad aseguradora es una actividad que se repite ininidad de veces a todo lo largo del país, son muchas las operaciones que de este tipo se realizan, por lo que requiere de una especial atención de nuestro legislador, al respecto nos dice el Artículo 1° de la LGISMS: **Artículo 1o.-** *La presente Ley es de interés público y tiene por objeto regular la organización y funcionamiento de las instituciones y sociedades mutualistas de seguros; las actividades y operaciones que las mismas podrán realizar; así como las de los agentes de seguros y demás personas relacionadas con la actividad aseguradora, en protección de los intereses del público usuario de los servicios correspondientes.*

El objeto de legislar todo lo que en materia aseguradora concierne es estructurar al Sector Asegurador Mexicano, establecer el tipo de Operaciones de Seguros que se pueden realizar en el país y regular las actividades del los participantes del Sector Asegurador Mexicano, esto es Instituciones de Seguros, Sociedades Mutualistas de Seguros y las de los

Intermediarios entre Aseguradoras y Público: los Agentes de Seguros. Entonces La Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros tiene por objeto regular la organización y funcionamiento de las Instituciones y Sociedades Mutualistas en aras de proteger al público usuario de dichos servicios.

Específicamente la operación de las áreas de siniestros, está enmarcada jurídicamente por La Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, La Ley Sobre el Contrato de Seguro y el Reglamento del Seguro de Grupo para la Operación de Vida y del Seguro Colectivo para la Operación de Accidentes y Enfermedades.

La **Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros**, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 31 de agosto de 1935 (Última reforma publicada DOF 20-06-2008), es el ordenamiento central en materia de Seguros, ya que en ella se establecen las bases de operación de toda la actividad aseguradora. Esta Ley es el ordenamiento que establece los requisitos para las autorizaciones que se requieren para operar en materia de seguros, los ramos que se podría operar, los términos utilizados, el tipo de inversiones de la reservas, requisitos para los intermediarios, las sanciones, facultades de inspección para las autoridades y en general todo lo relacionado con el seguro.

La **Ley Sobre el Contrato de Seguro** es el ordenamiento que regula el marco legal bajo el cual se delimitan todos los detalles en la relación contractual entre la Institución aseguradora y el Asegurado/Contratante, así como los aspectos que se deben considerar en la póliza como los que no, esto es los elementos del contrato sobre seguro.

El **Reglamento del Seguro de Grupo para la Operación de Vida y del Seguro Colectivo para la Operación de Accidentes y Enfermedades** es el marco normativo que establece las características y las condiciones bajo las cuales se deben desenvolver los seguros para personas (Gastos Médicos y seguros de Vida) que expidan las compañías aseguradoras de forma colectiva (grupal), esto es, cuando se expida una sola póliza de seguros que ampara los riesgos sobre un grupo de personas (grupo asegurable).

Capítulo II

2. Proceso de Dictamen de Siniestro

Después de haber estudiado los conceptos básicos utilizados en las áreas de siniestros y haber ubicado su participación dentro de las compañías de seguros, en este capítulo se describirá el proceso para el dictamen del siniestro de los seguros de vida, asimismo revisaremos los requisitos de documentación solicitados y demás procesos involucrados.

Entenderemos como Proceso de Dictamen de Siniestro a la serie de pasos que se llevan cabo desde el aviso del siniestro por parte del beneficiario, hasta la entrega del Dictamen del siniestro. Tomando como siniestro, el fallecimiento de nuestro asegurado, y como dictamen, el pago o rechazo del siniestro.

Las 4 etapas del proceso de dictamen del siniestro son:

- Aviso del Siniestro
- Integración de Expediente
- Análisis del Siniestro
- Resolución del Siniestro

En el siguiente diagrama describiremos de manera general las actividades que se llevan a cabo en cada una de las 4 etapas antes mencionadas

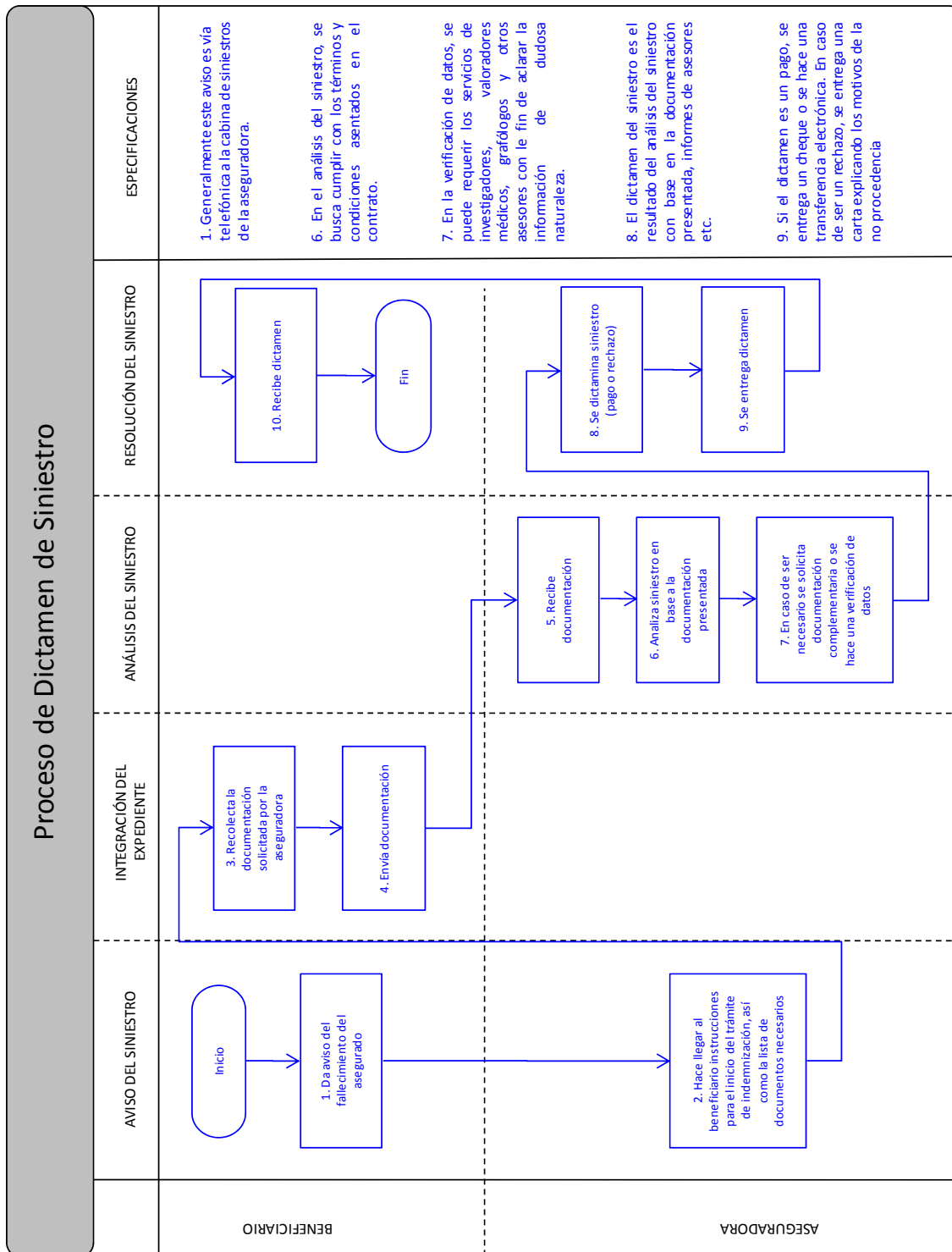


Figura 2.1 Diagrama de flujo Proceso de Dictamen de Siniestro / Autoría Propia

2.1 Aviso del Siniestro

La primera etapa del proceso de dictamen de siniestro es el **Aviso del Siniestro**, éste se refiere al momento en que el beneficiario da a conocer a la aseguradora la ocurrencia del mismo. Para los casos del seguro de vida, el aviso del siniestro se da cuando el beneficiario notifica el fallecimiento del asegurado. Generalmente, dicho aviso se hace vía telefónica a las cabinas de siniestros de las aseguradoras o pueden acudir personalmente a las oficinas de atención de siniestros.

La Ley Sobre el Contrato del Seguro en sus artículos 66, 67 y 68 (Ver detalle de artículos en apéndice) hace referencia a la obligación del beneficiario de poner en conocimiento de la aseguradora la realización del siniestro.

Una vez que la aseguradora tiene conocimiento de la ocurrencia del siniestro, ésta hace llegar al beneficiario las instrucciones para el inicio del trámite de la indemnización, así como la lista de documentos necesarios. Las instrucciones contienen:

- ✓ Ubicación de oficinas y/o medios por los cuales los beneficiarios podrán hacer llegar la documentación requerida.
- ✓ Números telefónicos y/o direcciones electrónicas para la atención de dudas y aclaraciones.
- ✓ Horarios de Atención.
- ✓ Tiempo estimado de respuesta.
- ✓ Número identificador del trámite.

2.2 Integración del Expediente.

La segunda etapa en el proceso de dictamen de siniestro es la **Integración del Expediente**. Una vez concluida la etapa de aviso del siniestro, los beneficiarios deben de recolectar y hacer llegar a la aseguradora la totalidad de los documentos solicitados. Esta etapa es de suma importancia ya que el análisis del siniestro por parte de la aseguradora dependerá en gran medida de los documentos presentados y la calidad de los mismos. La documentación del siniestro así como la información contenida en ellos dará a la aseguradora un panorama general de siniestro.

De acuerdo a una reciente publicación de la Asociación Mexicana de Instituciones de Seguros (AMIS), los documentos que deben integrar un expediente de reclamación de siniestro por fallecimiento son⁶:

1. Original de Póliza o Certificado Individual, que lo acredite como Asegurado y que contenga la designación de Beneficiarios con la firma autógrafa del Asegurado.
2. Copia Simple de los tres últimos recibos de nómina que contengan la firma autógrafa del Afectado.
3. Copia Simple de Certificado de Defunción.
4. Copia Certificada de Acta de Defunción.
5. Copia Certificada de Acta de Nacimiento del Afectado y de cada uno de los Beneficiarios. En caso de que el beneficiario sea el cónyuge Copia Certificada del Acta de Matrimonio. En caso de concubinato siempre que hayan vivido juntos por más de dos años y no tengan impedimento de matrimonio o en su caso tengan hijos en común, debiendo presentar cualquier documento que pueda acreditar la relación que se trate de conformidad con el artículo 39 del Código Civil Federal y sus correlativos estatales y del D.F.
6. Copia simple clara y legible de Identificación Oficial del ASEGURADO y de cada uno de los Beneficiarios DEBIENDO SER /PUDIENDO SER ENTRE OTRAS:
 - Credencial de Elector
 - Pasaporte
 - Cédula Profesional
 - Cartilla de Servicio Militar
7. Copia Simple de CURP del ASEGURADO y de cada uno de los Beneficiarios.
8. Copia Simple de Comprobante de Domicilio Actualizado, con una vigencia no mayor a tres meses de su fecha de emisión, PUDIENDO SER LOS SIGUIENTES:
 - Recibo de Agua
 - Luz
 - Teléfono
 - Impuesto predial

⁶ Asociación Mexicana de Instituciones de Seguros (AMIS). Comité de Siniestros Vida. “Mejores prácticas para verificación y dictamen de siniestros en la operación de Vida”

9. Cuando la causa del fallecimiento sea a consecuencia de accidente o muerte violenta será indispensable presentar Copia Certificada de Actuaciones de Ministerio Público que incluyan:
- Apertura de la Averiguación Previa
 - Constancia de hechos (conforme la ley de cada Estado)
 - Dictámenes periciales
 - Inspección Ocular y Fe de Cadáver
 - Inspección Ministerial y Judicial
 - Reconocimiento de Cadáver por dos familiares
 - Declaraciones de personas involucradas y/o testigos
 - Diligencias
 - Resultados de Autopsia
 - Resultados Toxicológicos y de Alcoholemia
 - Medidas precautorias, medidas de apremio, etcétera.
10. Si algún Beneficiario ha fallecido, presentar acta de defunción correspondiente (copia certificada).

Además de los documentos mencionados por el comunicado de la AMIS, se solicitan:

11. Declaraciones. Para dichas declaraciones, generalmente la compañía de seguros tiene sus formatos establecidos, este hecho es en respuesta al artículo 66 de La Ley Sobre el contrato del Seguro (descrito en el apartado de Aviso del Siniestro).
12. Documentos Médicos. Para los casos en que la aseguradora así lo requiera, se solicitan documentos médicos tales como Historia Clínica, Estudios de Laboratorio y Gabinete con su interpretación e incapacidades

2.2.1 La Documentación del Siniestro

A continuación revisaremos con detalle, la documentación que integra el expediente del siniestro, mencionaremos los artículos en la Ley sobre el Contrato del Seguro en los cuales encontramos el fundamento legal de algunos de ellos, la descripción del documento según el Código Civil para otros y algunas otras definiciones.

1. Original de Póliza o Certificado Individual

Artículo 19 (Ley sobre el Contrato del Seguro).- *Para fines de prueba, el contrato de seguro, así como sus adiciones y reformas, se harán constar por escrito. Ninguna otra prueba, salvo la confesional, será admisible para probar su existencia, así como la del hecho del conocimiento de la aceptación, a que se refiere la primera parte de la fracción I del artículo 21.*

Artículo 20 (Ley sobre el Contrato del Seguro).- La empresa aseguradora estará obligada a entregar al contratante del seguro, una póliza en la que consten los derechos y obligaciones de las partes.

La póliza deberá contener:

- I. - Los nombres, domicilios de los contratantes y firma de la empresa aseguradora;
- II. - La designación de la cosa o de la persona asegurada;
- III. - La naturaleza de los riesgos garantizados;
- IV. - El momento a partir del cual se garantiza el riesgo y la duración de esta garantía;
- V. - El monto de la garantía;
- VI. - La cuota o prima del seguro;
- VII.- Las demás cláusulas que deban figurar en la póliza, de acuerdo con las disposiciones legales, así como las convenidas lícitamente por los contratantes.

Artículo 21 (Ley sobre el Contrato del Seguro).- El contrato de seguro:

I. - Se perfecciona desde el momento en que el proponente tuviere conocimiento de la aceptación de la oferta.

En los seguros mutuos será necesario, además, cumplir con los requisitos que la ley o los estatutos de la empresa establezcan para la admisión de nuevos socios;

II - No puede sujetarse a la condición suspensiva de la entrega de la póliza o de cualquier otro documento en que conste la aceptación, ni tampoco a la condición del pago de la prima;

III. - Puede celebrarse sujeto a plazo, a cuyo vencimiento se iniciará su eficacia para las partes, pero tratándose de seguro de vida el plazo que se fije no podrá exceder de treinta días a partir del examen médico, si éste fuere necesario, y si no lo fuere, a partir de la oferta.

Artículo 153 (Ley sobre el Contrato del Seguro).- La póliza del seguro sobre las personas, además de los requisitos del artículo 20 de la presente ley, deberá contener los siguientes:

I. - El nombre completo y fecha de nacimiento de la persona o personas sobre quienes recaiga el seguro

II. - El nombre completo del beneficiario si hay alguno determinado;

III.- El acontecimiento o el término del cual dependa la exigibilidad de las sumas aseguradas; y

IV. - En su caso, los valores garantizados.

2. Copia Simple de los tres últimos recibos de nómina.

Este requisito se refiere al documento que compruebe el pago de prima, (estados de cuenta, factura etc.)

Artículo 31 (Ley sobre el Contrato del Seguro).- El contratante del seguro estará obligado a pagar la prima en su domicilio, si no hay estipulación expresa en contrario.

Artículo 40 (Ley sobre el Contrato del Seguro).- Si no hubiere sido pagada la prima o la fracción de ella en los casos de pago en parcialidades, dentro de los treinta días naturales siguientes a la fecha de su vencimiento, los efectos del contrato cesarán automáticamente a las doce horas del último día de este plazo.

3. Copia Simple de Certificado de Defunción.

Artículo 117 (Código Civil del Distrito Federal).- Ninguna inhumación o cremación se hará sin autorización escrita dada por el Juez del Registro Civil, quien se asegurará suficientemente del fallecimiento, con el certificado de defunción expedido por médico legalmente autorizado. La inhumación o cremación deberá realizarse dentro de las cuarenta y ocho horas siguientes a la defunción, excepto en los casos de muerte considerada violenta, o por disposición que ordene otra cosa por la autoridad competente.

El certificado de defunción hace prueba del día, hora, lugar y causas del fallecimiento, así como del sexo del fallecido.

El Certificado de Defunción (para la Secretaría de Salud) consta de las siguientes partes:

- Datos del fallecido
- Datos de la defunción
- Datos de las muertes accidentales y violentas
- Datos del informante
- Datos del certificante
- Datos del Registro Civil

Al reverso del formato se presenta el instructivo que debe ser leído antes de llenar el certificado.

Los certificados de defunción y muerte fetal son los dos modelos para certificar las muertes en nuestro país y estos serán expedidos por profesionales de la medicina o personas autorizadas por la autoridad sanitaria competente, una vez comprobado el fallecimiento y determinadas sus causas, en los modelos aprobados por la Secretaria de Salud y de conformidad con las normas técnicas que la misma emita. Las autoridades judiciales o administrativas solo admitirán como válidos los certificados que se ajusten a lo dispuesto anteriormente.

La propia Secretaria de Salud suministra los certificados de defunción a las autoridades, profesionales de la salud y personas autorizadas para expedirlos, a efecto de garantizar su disponibilidad y lograr que toda defunción sea objeto de certificación.

El certificado de defunción se llena para toda persona que haya fallecido después de haber nacido viva, lo cual puede ocurrir en minutos, horas, días, meses o años posteriores al nacimiento.

El certificado sirve para dar fe del hecho, inscribir la defunción en el Registro Civil y levantar el acta respectiva. Con el acta de defunción la familia realiza los trámites que tienen que ver con la muerte del individuo (obtención del permiso de inhumación o de cremación del cadáver, que de acuerdo al Art. 348 de la Ley General de Salud debe realizarse dentro de las primeras 48 horas, salvo otras indicaciones de la autoridad sanitaria, Ministerio Público o autoridad judicial, cobro de seguros de vida, pensiones, trámite de herencias, etcétera).

De ahí la importancia de que los datos asentados en el certificado y posteriormente en el acta se apeguen a la realidad y no contengan errores u omisiones.

4. Copia Certificada de Acta de Defunción.

Artículo 118 (Código Civil del Distrito Federal).- *En el acta de defunción se asentarán los datos que contenga el certificado de defunción, así como los datos que el Juez del Registro Civil requiera y será firmada por el declarante.*

Artículo 119 (Código Civil del Distrito Federal).- *El acta de fallecimiento contendrá:*

- I. El nombre, apellido, edad, ocupación y domicilio que tuvo el difunto;*
- II. El estado civil de éste, y si era casado o viudo, el nombre y apellido de su cónyuge;*
- IV. Los nombres de los padres del difunto si se supieren;*
- V. La causa o enfermedad que originó el fallecimiento de acuerdo a la información contenida en el Certificado de Defunción, y el lugar en el que se inhumará o cremará el cadáver*
- VI. La hora de la muerte, si se supiere, y todos los informes que se tengan en caso de muerte violenta, debiendo asentar los datos de la Averiguación Previa con la que se encuentre relacionada.*

Artículo 124(Código Civil del Distrito Federal).- *Si no aparece el cadáver pero hay certeza de que alguna persona ha sucumbido en el lugar del desastre, el acta contendrá el nombre de las personas que hayan conocido a la que no aparece y las demás noticias que sobre el suceso puedan adquirirse.*

Ministerio Público

Artículo 122 (Código Civil del Distrito Federal). *Cuando el Juez del Registro Civil, sospeche que la muerte fue violenta, dará parte al Ministerio Público, comunicándole todos los*

informes que tenga, para que proceda a la averiguación conforme a derecho. Cuando el Ministerio Público averigüe un fallecimiento, dará parte al Juez del Registro Civil para que asiente el acta respectiva. Si se ignora el nombre del difunto, se asentarán las señas de éste, las de los vestidos y objetos que con él se hubieren encontrado y, en general, todo lo que pueda conducir a identificar a la persona; y siempre que se adquieran mayores datos, se comunicarán al Juez del Registro Civil para que los anote en el acta.

5. Copia Certificada de Acta de Nacimiento del Afectado y de cada uno de los Beneficiarios. En caso de que el beneficiario sea el cónyuge Copia Certificada del Acta de Matrimonio

Acta de Nacimiento

Artículo 54 (Código Civil del Distrito Federal).- *El acta de nacimiento se extenderá con la asistencia de dos testigos designados por las partes interesadas; contendrá la fecha, la hora y el lugar del nacimiento, el sexo del presentado, el nombre y apellidos que se le pongan, la razón de si se ha presentado vivo o muerto; datos que no pueden omitirse. Se tomará al margen del acta la impresión digital del presentado. Por ningún motivo se asentará en el acta que el presentado es adulterino o incestuoso, aún cuando así apareciere de las declaraciones. Si el presentado aparece como hijo de padres desconocidos, el Oficial del Registro Civil le pondrá nombre y apellidos, sin hacer mención de esta circunstancia en el acta.*

En todas las actas de nacimiento se deberá asentar los nombres, domicilio y nacionalidad de los padres, los nombres y domicilios de los abuelos y de las personas que hubieren hecho la presentación.

Acta de Matrimonio

Artículo 97 (Código Civil del Distrito Federal).- *Las personas que pretendan contraer matrimonio, deberán presentar un escrito ante el Juez del Registro Civil de su elección, que deberá contener:*

- I. Los nombres, apellidos, edad, ocupación y domicilio de los pretendientes, nombre y apellidos de sus padres.*
- II. Que no tienen impedimento legal para casarse, y*
- III. Que es su voluntad unirse en matrimonio.*

Este escrito deberá ser firmado por los solicitantes, y asimismo contener su huella digital. Para el caso de matrimonios fuera de las oficinas del Registro Civil deberá observarse lo establecido en el Reglamento del Registro Civil.

6. Copia simple clara y legible de Identificación Oficial del asegurado y de cada uno de los Beneficiarios

Credencial del IFE

Credencial emitida por el Instituto Federal Electoral que tiene como finalidad pertenecer al padrón de votación y que sirve como identificación oficial.

Pasaporte

Es el documento con validez internacional, que identifica a su titular, expedido por las autoridades de un país, que acredita el permiso o autorización legal para que salga o ingrese del mismo, por los puertos internacionales.

Cédula Profesional

Documento por medio del cual se autoriza oficialmente a una persona a ejercer su profesión, la cual se encuentra en el Registro Nacional de Profesionistas

Cartilla de Servicio Militar Nacional

Es el documento de identidad que demuestra el haber cumplido con esta obligación legal. Constituye, además, uno de los documentos básicos para los ciudadanos mexicanos varones y en algunos casos es obligatorio presentarlo para ciertos trámites públicos y privados. La entrega se hace normalmente al cumplir los diecinueve años de edad.

7. Copia Simple de CURP del ASEGURADO y de cada uno de los Beneficiarios.

Clave Única de Registro de Población (CURP)

Es el instrumento que permite registrar en forma individual a todas las personas que residen en el territorio nacional, así como a mexicanos que radican en el extranjero y sirve como llave de acceso a las bases de datos de la Administración Pública Federal y entidades federativas.

8. Copia Simple de Comprobante de Domicilio Actualizado

Recibo de teléfono, luz, agua Cualquier documento que confirme el domicilio del asegurado o beneficiario

12. Documentos Médicos

Historia Clínica

La historia clínica o expediente clínico es un documento médico legal. La historia clínica es el único documento válido desde el punto de vista clínico y legal. En atención primaria, donde toma importancia los métodos de la prevención de la salud, la historia clínica se

conoce como historia de salud o historia de vida. Además de los datos clínicos que tengan relación con la situación actual del paciente, incorpora los datos de sus antecedentes personales y familiares, sus hábitos, y todo aquello vinculado con su salud. También incluye el proceso evolutivo, tratamiento y recuperación. La historia clínica no se limita a ser una narración o exposición de hechos simplemente, sino que incluye en una sección aparte los juicios, documentos, procedimientos, informaciones y consentimiento informado. El consentimiento informado del paciente, es un documento donde el paciente deja registrado y firmado su reconocimiento y aceptación sobre su situación de salud y/o enfermedad y participa en las tomas de decisiones.

La Historia Clínica debe presentarse conforme a la norma oficial mexicana, sin omitir los antecedentes personales patológicos, estudios de laboratorio y gabinete que dieron origen para llevar a cabo un diagnóstico definitivo, y su tratamiento, en hoja membretada de la institución médica que lo emite, con sello, firma y número de cédula profesional.

Estudios de Laboratorio y Gabinete

Son estudios que permiten llegar a un diagnóstico del padecimiento o enfermedad.

Están considerados los rayos "X", radiografías, electrocardiogramas, tomografía etcétera. La interpretación de los mismos debe de presentarse en hoja membretada de la institución médica que lo emite, con sello, firma y número de cédula profesional.

Incapacidades

Documento que certifica que el asegurado estuvo imposibilitado parcial o permanentemente para realizar sus actividades de laborales, generalmente es emitido por una institución de salud pública.

2.3 Análisis del Siniestro

La tercera etapa en el proceso de Dictamen de Siniestro es el análisis, en esta etapa, se revisa si el siniestro cumple con los términos y condiciones asentados en el contrato.

Una vez que la aseguradora tiene integrado el expediente, se estudia la documentación presentada y la información contenida en ésta. Con base en lo anterior, se busca que el siniestro cumpla con las condiciones asentadas tanto en la póliza como en las Condiciones Generales y la legislación aplicable. Por lo que entenderemos como análisis del siniestro a este proceso de revisión.

En caso de que la aseguradora no pueda emitir un dictamen con la documentación presentada inicialmente por el beneficiario, en esta misma etapa se solicita documentación adicional puntualizando el documento necesario y el contenido del mismo. Cuando con la acción anterior, la aseguradora siga sin tener los elementos suficientes para emitir un dictamen, se hace uso de asesores que proporcionen mayor información y /o verifiquen los hechos que dieron origen a la ocurrencia del siniestro (El detalle de este proceso de verificación lo estudiaremos a detalle más adelante en los apartados de Análisis médico e Investigación del siniestro).

Es en esta etapa donde se terminan de reunir todos los elementos necesarios y suficientes para poder emitir un dictamen de siniestro.

En el siguiente diagrama se describirá de manera general las actividades consideradas dentro de esta 3a etapa del proceso de dictamen del siniestro.

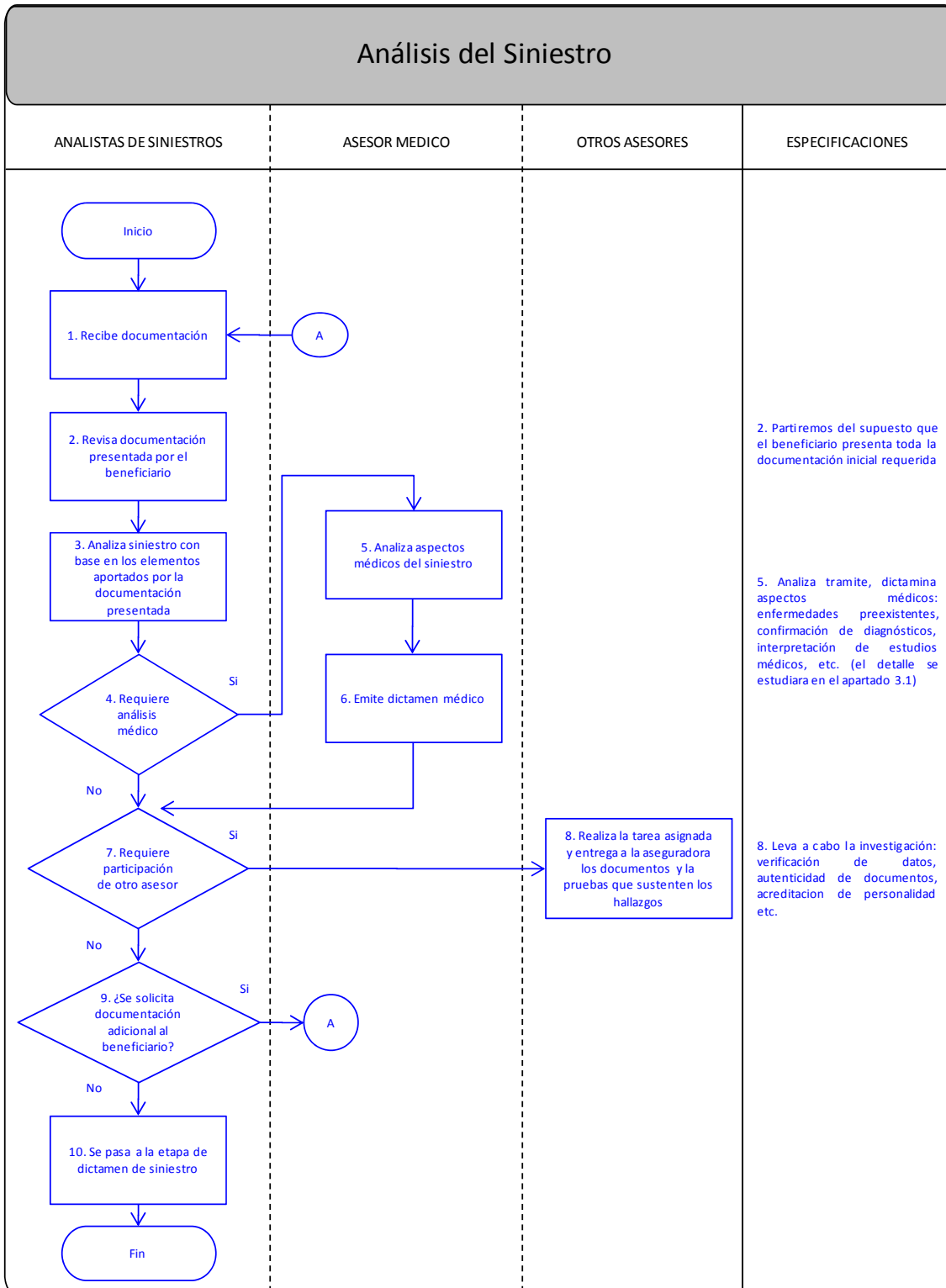


Figura 2.2 Diagrama de flujo Análisis del Siniestro / Autoría Propia

A continuación, estudiaremos los principales y más comunes puntos a revisar en el análisis del siniestro, sin embargo, no se debe de olvidar que en el momento del análisis y para poder emitir un dictamen veraz, se deben de tomar en cuenta todas las características del siniestro en estudio con el fin de determinar si se apega a contrato y a la legislación aplicable:

1. Verificar que se cuente con todos los documentos necesarios para iniciar el trámite de Indemnización, es decir, que el expediente este debidamente integrado de acuerdo a lo estudiado en el apartado anterior (Integración de expediente).
2. Validar que los documentos presentados cumplan con las características de autenticidad (marcas de agua, relieves, sellos, membretes etcétera)
3. Verificar que la persona de la que se reporta el fallecimiento, se trate del asegurado por la Institución.
4. Verificar que la póliza se encuentre vigente al momento de la ocurrencia del siniestro. La vigencia de la póliza, dependerá en gran medida de que el asegurado este al corriente del pago de sus obligaciones (pago de primas) cuyo fundamento se encuentra en los artículos 1 y 31 – 44 de la LSCS.
5. Identificar que no se trate de un evento ya prescrito.

La prescripción es un elemento jurídico por el cual el transcurso del tiempo produce el efecto de consolidar las acciones o las situaciones de hecho, permitiendo la extinción de los derechos o la adquisición de las cosas ajenas.

En muchas ocasiones la utilización de la palabra prescripción en seguros se limita a la acepción de la pérdida de obligaciones, mediante la cual se pierde el derecho de ejercer una acción o reclamación de una póliza una vez que transcurre un tiempo, el cual está establecido en la LSCS en su artículo 81. El 31 de Marzo del 2009 se presentó una reforma a la LSCS donde se modifica su artículo 81. Ésta reforma fue decretada el 6 de mayo de 2009 en el Diario Oficial de la Federación (DOF).

Ley Sobre el Contrato Del Seguro 31/Agosto/1935	Decreto DOF 06/Mayo/2009
<p>Artículo 81.- Todas las acciones que se deriven de un contrato de seguro prescribirán en dos años, contados desde la fecha del acontecimiento que les dio origen.</p>	<p>Artículo 81.- Todas las acciones que se deriven de un contrato de seguro prescribirán:</p> <p>I.- En cinco años, tratándose de la cobertura de fallecimiento en los seguros de vida.</p> <p>II.- En dos años, en los demás casos.</p> <p>En todos los casos, los plazos serán contados desde la fecha del acontecimiento que les dio origen.</p>

La aplicación del artículo 81 afecta solamente la cobertura de fallecimiento en pólizas de vida.

La fecha de aplicación es a partir de 1o de abril del 2009, la cual se refiere a la fecha en que ocurre el fallecimiento:

Otros artículos de La LSCS que hacen referencia a tema de prescripción son del artículo 82 al 84.

6. En caso de no estarlo, integrar la solicitud del seguro al expediente y analizar que los datos ahí mencionados coincidan con la información de la documentación presentada por el beneficiario (ejemplo: nombres, firmas, fechas)

La solicitud del seguro es la forma que utiliza la aseguradora, para que el solicitante de un seguro proporcione información correspondiente al bien o persona que se pretenda asegurar y así, poder determinar el costo de la prima, límites de aceptación de suma asegurada y la aceptación o no del riesgo. Dicha solicitud debe ser firmada por el asegurado, con la finalidad de perfeccionar el contrato de adhesión.

Una solicitud de seguro debe contener:

- ✓ Datos del Contratante: Nombre, dirección, teléfono, dirección de correo electrónico, RFC, CURP.
- ✓ Datos del Asegurado: Nombre, dirección, teléfono, dirección de correo electrónico, RFC, CURP, fecha de nacimiento.

- ✓ Bases del Seguro: Moneda, suma asegurada, beneficios contratados.
- ✓ Designación de beneficiarios: Nombre de beneficiarios, parentesco con el asegurado y porcentaje de suma asegurada asignada.
- ✓ Información del pago: forma de pago (mensual, trimestral, semestral, anual), medio del pago (cargo en cuenta, cheque, transferencias electrónicas etcétera), monto de la prima.
- ✓ Cuestionarios: De salud, ocupación, aficiones y demás información que requiera valorar la aseguradora.
- ✓ Fecha de solicitud.
- ✓ Firma de contratante y asegurado.

La información que se recopila en una solicitud debe de ser íntegra, suficiente, clara, concisa y de manera oportuna.

La solicitud es de suma importancia debido a que durante el proceso de comparación de hechos los analistas de siniestros deberán corroborar los datos que en dicha solicitud se hayan declarado, los cuales deben ser coherentes y conducidos con verdad.

En la LSCS los artículos 8, 9, 10, 47, 154, 155 y 156 hablan sobre la solicitud del seguro por lo que deben de tomarse en cuenta al momento de analizar este punto.

7. Estudiar los hechos que dieron origen al siniestro y comprobar que estén cubiertos dentro de las condiciones generales de la póliza y que no sean motivo de exclusión, omisión o inexacta declaración.

Las condiciones generales, comprenden a aquel conjunto de cláusulas que establece el asegurador para regular todos los contratos de seguro que se emitan dentro del mismo ramo como: extensión y objeto del seguro, riesgos excluidos, pago de indemnizaciones y la forma de liquidación de las indemnizaciones. El artículo 7 de la LSCS hace referencia a este documento.

8. Verificar los datos obtenidos en la selección de riesgos a fin de contar con mayor información para el dictamen del siniestro.
9. Revisar los endosos de las pólizas individuales o certificados colectivos que pudieran afectar las condiciones del contrato del seguro. Un Endoso de Seguro implica una modificación a una condición de la póliza.
10. Verificar que esté acreditada la personalidad con que se ostenta el reclamante de la póliza a fin de asegurar que se trate del beneficiario asignado. La personalidad es el conjunto de atributos o características que van a identificar plenamente a una persona. En los artículos 163 al 165 y 171 al 177 de la Ley del Contrato Sobre el

Seguro podemos encontrar los lineamientos generales referentes a los beneficiarios de la póliza.

11. Validar con el médico asesor o dictaminador si los aspectos médicos del riesgo están cubiertos y si se trata de un padecimiento o enfermedad cubierta en la póliza. Con la asesoría del médico, los analistas de siniestros pueden identificar si hubo alguna omisión o inexacta declaración. (La participación del médico la estudiaremos a detalle en el capítulo 3).

En caso de que el analista de siniestros requiera una aclaración, o ampliación de información de la que pudo obtener por medio de la documentación inicial presentada por el beneficiario, se puede hacer una nueva solicitud de información o bien hacer uso de algunos asesores (investigadores, grafólogos, médicos especialistas etcétera) que den mayores elementos para el dictamen del siniestro (la participación de estos asesores se estudiará a detalle en el apartado 3.2 La Investigación del Siniestro). Una vez que se tengan los nuevos elementos, se analizará reiteradamente el siniestro pasando por los puntos anteriormente expuestos y todos los aspectos aplicables al caso en concreto que se esté estudiando hasta que el analista cuente con la totalidad de fundamentos necesarios para pasar a la **Resolución del Siniestro**.

2.4 Resolución del Siniestro

La Resolución del siniestro es la última etapa en el proceso, esta etapa comprende desde la emisión del dictamen (Pago o Rechazo) hasta la entrega al beneficiario del mismo.

Una vez que se tienen todos los elementos necesarios, estudiados en el apartado anterior, la empresa aseguradora emite la resolución a la reclamación recibida del seguro de vida, a dicha resolución se le conoce como dictamen del siniestro. El dictamen del siniestro puede ser de dos tipos:

- I. Respuesta afirmativa (Pago). Es el pago de la suma asegurada estipulada en la carátula de la póliza o la fracción de ella que le corresponda al beneficiario designado por el asegurado. Dicho pago se puede hacer mediante la emisión de un cheque o una transferencia electrónica.
- II. Respuesta Negativa (Rechazo). Es el NO pago del seguro de vida. Dicha respuesta se da mediante una carta que emite la aseguradora dirigida a cada beneficiario asignado donde se le expone la no procedencia del pago del seguro de vida, así como, la razón y fundamento de la misma.

Rechazo del siniestro.

Para el caso de que como resultado del análisis del siniestro se dictamine la no procedencia del pago del seguro de vida pueden existir diversas causas, las más comunes son:

- Omisiones e Inexactas Declaraciones.
- Prescripción.
- Pólizas Canceladas.
- No cumplimiento con las condiciones del contrato, es decir, los hechos no cumplen con lo estipulado en las condiciones generales de la póliza.
- Desistimiento

Omisiones e Inexactas declaraciones

En caso de que exista una rescisión de contrato se deben de tomar en cuenta los artículos 47, 48, 49, y 50 de la LSCS además de los artículos 8, 9, 10 mencionados anteriormente en el apartado que habla de la solicitud del seguro.

Como parte final de este proceso de dictamen de siniestro consideraremos la entrega del dictamen al beneficiario. Es muy importante que la aseguradora cuente con un documento que soporte esta entrega, es decir, para el caso de un pago con cheque, la aseguradora debe de contar con un finiquito firmado por el beneficiario ó si el pago fue por transferencia electrónica, se debe tener el comprobante del traspaso del pago a la cuenta del beneficiario. Si el dictamen fue un rechazo, se debe tener el comprobante de que el beneficiario recibió la carta que lo sustenta, para este caso, se puede contar con la intervención de notificadores como corredores públicos ó notarios para contar con mayor sustento de esta entrega ó simplemente un acuse de recibo de la carta rechazo.

Capítulo III

3. Disciplinas de Apoyo en el Proceso de Dictamen de Siniestro

En el capítulo anterior, vimos que para poder llegar a un dictamen de siniestro confiable, veraz y con los suficientes elementos que lo sustenten, se necesita una participación multidisciplinaria, es por esto que le dedicaremos este capítulo a los principales asesores en los que se apoya el área de siniestros para sus funciones.

3.1 La medicina en el proceso de dictamen del siniestro (Análisis Médico)

Como lo estudiamos en el apartado del análisis del siniestro, un elemento muy importante para el dictamen del siniestro, es el análisis médico, este tipo de análisis lo realiza un profesionalista de la medicina especialista en medicina del seguro (médico dictaminador)

3.1.1 Perfil del Médico Asesor o Médico Dictaminador

El médico dictaminador, es el profesionalista capaz de identificar los principales problemas de salud de la población asegurada, con el fin de poder dictaminar sobre los padecimientos o afecciones de la salud del asegurado al momento del siniestro con el fin del asegurar que los aspectos médicos del siniestro cumplan con las condiciones del contrato.

El perfil del Médico Asesor o Médico Dictaminador, es el de un Licenciado en Medicina, de ser posible con una especialidad en cirugía, epidemiología, bioestadística, medicina interna, o médico general con maestría en Enfermedades Crónico-Degenerativas, con experiencia previa en la práctica privada e institucional de la medicina. Debe de ser un conocedor profundo de la Historia Natural de la enfermedad y la fisiopatología de los padecimientos más frecuentes en el medio en que se desenvuelve, un experto en la realización e interpretación de la Historia Clínica, con la que será capaz de interpretar hipótesis diagnósticas así como auxiliares de diagnósticos. También debe de contar con capacidad para relacionarse con las diferentes áreas de la Compañía de Seguros y apoyar a cada una de ellas como vínculo entre la Medicina y el Objeto del Seguro, Asimismo debe de conocer el marco jurídico en el que se desenvuelven los servicios que ofertan las compañías de seguros.

Para el análisis del siniestro, el Médico Asesor o Dictaminador ocupa los conocimientos adquiridos en su formación profesional sobre terminología médica, semiología clínica, historia natural de la enfermedad, selección médica de riesgo, entre otros como base en la

interpretación de la documentación proporcionada por los beneficiarios (declaraciones del médico tratante, certificado de defunción, actuaciones del ministerio público, necropsia, resultados de estudios toxicológicos y de alcoholemia, resumen clínico, etcétera) lo anterior para poder ofrecer al analista del siniestro unas bases médicas sólidas para el dictamen del siniestro.

3.1.2 El papel del Médico Asesor dentro de las Compañías de Seguros

Habida cuenta de que las Instituciones Aseguradoras operan personas, para motivar el amparo de riesgos que pueden acaecer sobre de las personas afectando su salud o hasta su existencia, se ha hecho necesario el motivar la intervención del profesional médico en 2 etapas o momentos propios de la actividad y operación generados por un contrato de seguro, que son:

- Durante el análisis y selección del riesgo.
- En la apreciación del riesgo acontecido y sus alcances (análisis del siniestro)

La función del profesional médico, debe de ir y ser desarrollada a partir de un actuar apegado a la deontología médica, que regula las relaciones de los médicos frente a la sociedad y de estos frente a las propias instituciones Aseguradoras o Sociedades Mutualistas de Seguros. Así, el profesional de la medicina debe de cumplir con todos los deberes del ejercicio ético que su profesión le exige, pero también debe de actuar de acuerdo con las normas morales, esto es, con principios.

Así su actuar en la apreciación o selección de un riesgo propuesto deberá de ser, motivado por sus conocimientos y experiencia, haciendo el distingo y clasificación del riesgo, para determinar si el mismo es susceptible de ampararse vía un contrato de seguros, o no. Ciertamente para ello el médico ubica factores de peligro o posibilidad de que las contingencias que se pretenden cubrir sean susceptibles de acontecer por el estado físico del paciente, sus circunstancias particulares y antecedentes de salud, y por la exposición misma de este prospecto al riesgo, por razón de sus circunstancias particulares o personales.

Por otra parte el actuar del médico dentro de la institución al apreciar el riesgo, como evento acontecido (Análisis del siniestro) debe de ser también orientado a partir de un comportamiento ético en el que se aplican conocimientos y experiencia para evaluar las causas del evento acontecido, las circunstancias que lo originaron y bajo las que aconteció, la evidencia misma que hay de la existencia del evento y factores que pudieran haber intervenido en las causas del origen del mismo. Ubicando estos factores y analizando esta información obtenida y recabada, la labor del profesional médico no

concluye, sino que además debe analizarse esta información frente a las condiciones generales de la póliza, específicas y particulares, bajo las cuales se vienen a cubrir determinados riesgos, y a excluir o declararse improcedentes otros, por virtud de un acuerdo de voluntades.

En un segundo plano, pero no de menor trascendencia se ubica el actuar del médico, en la diseminación de un riesgo, esto es, en la necesidad de que el mismo se reparta entre otros a través de la cesión del riesgo mismo, aquí el profesional de la medicina interviene para con sus conocimientos y experiencia calificar de origen al riesgo que se propone, su magnitud, alcance y factibilidad de que el mismo ocurra, afectando un interés asegurable, que se pretende hacer cubrir a través de coberturas e importes de suma asegurada amplios o amplísimos que se requieren, Aquí, no se puede dejar de ver que el médico está teniendo también la función de razonar y justificar la necesidad a partir de su conocimiento y experiencia sobre la segregación o dispersión del riesgo (considerando interés asegurable), que se hace proponer a una Institución Aseguradora, lo que necesariamente el médico tendrá que hacer no solo a partir del conocimiento científico, sino a partir de su lógica, sentido común y experiencia profesional.

Así podemos determinar que los profesionales de la medicina también intervienen, en la tarea trascendente de ubicar la correspondencia que puede existir entre elementos actuariales y los arrojados por la experiencia y el conocimiento de la ciencia médica, de ahí que pueda perfectamente el profesional de la medicina también coparticipar y actuar en la elaboración y revisión de planes y proyectos de contenido netamente actuarial, que buscan orientar el buen camino en cualquier mutualidad.

Sin embargo, existe también indirectamente, el reconocimiento de que el profesional de la medicina en el campo de los seguros puede ser hoy el que prevenga la existencia de un fraude en masas, a ejecutarse por parte de los asegurados, lo anterior se cita porque si el profesional de la medicina actúa deontológicamente, evitará el que se coloque a la Institución Aseguradora o Sociedad Mutualista en un estado subjetivo de error, asumiendo un riesgo, que ya existe o se tiene el conocimiento de que habrá de acontecer, (perdiéndose así el elemento de aleatoriedad e incertidumbre que debe existir en la materia de seguros).

3.1.3 Elementos de la apreciación del riesgo ocurrido (Análisis del siniestro)

Consideraremos 5, los elementos fundamentales que el asesor médico debe de considerar para una total apreciación del riesgo ocurrido o siniestro:

- Valoración sensitiva del siniestro
- Comprobación de otros medios del siniestro
- Alcance y magnitud del siniestro
- Antecedentes del siniestro – causa

- Influencia del siniestro en relación con el contrato de seguro

Valoración sensitiva del siniestro

Trascendente resulta también la función del profesional de la medicina en tanto que éste debe de corroborar y percibir por los sentidos la realización del riesgo asumido o siniestro, esto es, es el propio profesional de la medicina quien tiene que percibir la afectación o alteración que se da en la salud y que en su caso cual fue la causa que desencadenó la muerte o el estado clínico patológico en que se encuentra el asegurado. Básicamente, la primera función del médico es valorar y corroborar por los sentidos, la afirmación que se hace a la compañía por el propio beneficiario, a fin de que de origen pueda cerciorarse el asegurador que la muerte, el accidente o el padecimiento como eventos acontecidos se han venido a hacer tangibles. Esta valoración sensitiva de origen, básicamente puede hacerse a través de la apreciación de documentos tales como declaraciones de accidentes, aviso de padecimiento o aviso de deceso; asimismo se puede hacer también a través de la revisión de documentos de carácter netamente clínicos emitidos por otros profesionales de la medicina, clínicas u hospitales, para posteriormente analizar cuando las circunstancias lo permitan, directamente el estado físico del asegurado.

No se debe devaluar o subestimar, que la apreciación del riesgo acontecido puede surgir también, a través del contacto que se tenga o se genere por parte del profesional de la medicina, representando a la Aseguradora, con parientes, familiares o conocidos del asegurado.

Comprobación de otros medios del siniestro

En los casos en los que se hace indispensable corroborar la causa u origen del evento, las circunstancias en que se dio y la identidad del propio asegurado en relación con la identidad de la persona que es presentada haciendo alusión a través de afirmaciones de que es el asegurado o quien sufrió el padecimiento, se debe acudir necesariamente a los profesionales de la medicina y en ocasiones a quienes tienen un grado académico, especialidad o experiencia específica para que se lleven a cabo o ejecuten las pruebas, procesos o mecánicas que permitan a la Aseguradora cerciorarse en relación con los elementos aludidos.

No debe de importar realmente el importe de la suma asegurada, los volúmenes o cargas de trabajo de la propia Institución Aseguradora o las políticas instituidas de reducción de costos en esta materia, cuando se trata de que la institución de cerciore de la procedencia o improcedencia de la reclamación que se han formulado a la misma, y de poner fin al fraude que en masa o volumen se puede perpetrar contra la Institución Aseguradora. Cualquier legislación relacionada con la materia por proteccionista que sea de los intereses del asegurado, siempre permitirá a la Institución Aseguradora el cerciorarse de lo acontecido para entonces responder en relación con su obligación de pago.

En ocasiones, pobre resulta la comprobación de lo acontecido, si se está solamente a lo dicho sostenido por el beneficiario, a las actuaciones mínimas que de ley y de manera oficiosa lleve a cabo una autoridad o si se está al simple papeleo de rutina clínica, hospital, centro de asistencia de salud o agencia funeraria.

Al menos en México la experiencia de los últimos 10 años ha podido demostrar que la intervención del profesional de la medicina, así como de otros profesionales o técnicos como criminalistas y criminólogos, ha sido el medio eficiente para llegar a la verdad histórica del evento acontecido, sus orígenes, su alcance y ha permitido ubicar la participación o relación del asegurado y terceras personas en el evento que genera la reclamación.

La experiencia marca que un estudio de explanometría facial, que un dictamen técnico de antropología forense, que un dictamen de criminalística de campo, que un estudio profundo de células y tejidos o de DNA, sirven para esclarecer un panorama o para que la propia Institución se replantee o cuestione sobre la veracidad y autenticidad de lo que a ella de origen se le ha informado o reportado.

Solo la deontología del profesional de la medicina y su actuar ético, así como el de otros profesionales expertos o peritos, son el medio idóneo o más eficiente para conocer la verdad histórica.

Alcance y magnitud del siniestro

Si bien el profesional de la medicina, tiene una función trascendente después de ocurrido el siniestro, porque permite colocar o ubicar a la Aseguradora ante un panorama de la realidad e idoneidad de lo acontecido en relación con las coberturas, ello solamente se logra cuando éstos analizan las causas de un deceso, las circunstancias bajo las que ocurrió un accidente, los antecedentes de aquella enfermedad o padecimiento, que ha sido susceptible de generar un gasto y costo, así como las causas y orígenes de este, ello queda entendido, solo se logra con el análisis y estudio lo mismo de un certificado de defunción, que de actuaciones ante un Ministerio Público, expedientes clínicos, resultados de laboratorio e interpretaciones, análisis y estudios específicos. Sin embargo, hay eventualidades riesgosas previstas en el contrato de Seguro a las que denominamos Siniestro, en donde el profesional de la medicina tiene que guiar a la Institución para que ésta sea la que conozca el alcance y magnitud de lo ocurrido (orígenes y alcances de patologías o cuadros clínicos y su evolución en el tiempo).

El profesional de la medicina puede ser ciertamente como lo ha venido marcando la experiencia, el que con mayor exactitud pueda referir el alcance y magnitud que tendrá la atención post-traumática en un accidente o la atención con motivo de una enfermedad crónica o de consecuencias irreparables o irreversibles respecto del estado de salud del asegurado, esto es, será el médico quien pueda precisar lo que será el probable camino a corto y mediano plazo, respecto de la atención médica que se debe de prestar, ya sea con

motivo de un accidente o de una enfermedad; ciertamente solo quien conoce de esta materia puede referirnos sobre la necesidad real, efectividad y eficacia de tratamientos para frenar una evolución o erradicar una enfermedad o padecimiento o para prolongar la conservación de un estado de salud determinado.

Debe ser de la experiencia de los médicos de donde entonces las Instituciones de Seguros y Sociedades Mutualistas partan para que la Institución pueda definir directrices en relación con la determinación de la suma asegurada, incrementos de suma asegurada, determinación de coberturas a otorgarse, determinación de periodos de espera a fijar, para que las coberturas se hagan efectivas, suscripción de endosos, conveniencia de supuestos en los que debe o no generarse una renovación o rehabilitación de una póliza, en consideración al evento acontecido que fue objeto de aseguramiento. Pero también es el propio profesional de la medicina quien percatándose de eventos acontecidos con antelación puede ilustrar a la Institución para que en el particular se excluyan determinados padecimientos.

Tratándose de accidentes y enfermedades no podría pensarse de otra manera para conocer el alcance y magnitud de lo acontecido, si no es por medio de la medicina; en ocasiones otra u otras ciencias pueden intervenir pero básicamente para ubicar las circunstancias bajo las cuales ocurrió el evento generador del accidente, padecimiento o enfermedad, como serían la criminología y la criminalística en algunos supuestos, que buscarán básicamente acreditar si el evento ocurrido en las circunstancias que se alude, es o no causa eficiente y directa de lo que la Institución Aseguradora se le presenta como hecho tangible bajo el nombre de accidente, enfermedad o padecimiento.

Antecedentes del siniestro - causa

Las instituciones Aseguradoras ciertamente no pueden cerrar los ojos al dinamismo de la sociedad y tienen siempre que ver nuevas necesidades de la sociedad, nuevas y mejores maneras de dar servicio, así como ubicar nuevos riesgos; pero también deben de ir observando y almacenando información respecto de los nuevos patrones de comportamiento, nuevos padecimientos, nuevas enfermedades que aquejan a la humanidad así como los efectos de la presencia de nuevos siniestros y las circunstancias en que estos ocurren, me atrevo a citar nuevos, por que acontecen bajo circunstancias y con repercusiones que con antelación no se presentaban por el contacto del hombre con nuevos mecanismos, utensilios, sustancias, etcétera. En ese sentido las empresas tienen que crecer, aprender y conocer a partir del conocimiento de los antecedentes del evento que se presenta como siniestro y sus causas. Conocer los antecedentes se puede lograr por varios medios, pero tratándose en particular de accidentes, enfermedades, padecimientos y la propia vida humana, el médico tiene una relevante función, pues el profesional de la medicina, es quien de manera precisa y analizando los antecedentes puede orientar a la Institución Aseguradora para que ésta valore temas trascendentes como suscripción de determinados riesgos, otorgamiento o limitación de determinadas coberturas y presencia de nuevos supuestos de exclusión.

Lo anterior se cita porque cuando el médico interviene dando razón o explicando los antecedentes de un siniestro, se produce como primer efecto generador, el que alerta a la Institución en relación con los riesgos que acontecen, la frecuencia de éstos y la severidad de los eventos, pero también y no menos importante, se genera un segundo efecto; que gracias a éste análisis de esos antecedentes, la compañía puede prevenir y reaccionar frente a conductas dolosas o mal intencionadas, cuando percibe que el evento por su origen real o sus causas reales generadoras se encuentra excluido o bien que en la presentación del mismo se está actuando con una intención dolosa, esto es, con el ánimo de colocar en un estado subjetivo de error a la Aseguradora.

Siempre debe de existir una relación lógica natural entre la causa generadora del evento y el evento materializado al que se denomina siniestro, ejemplo sencillo sería una fractura de un hueso sacro, si se puede tener relación lógica con un accidente automovilístico, pero posiblemente no lo tenga con motivo de un esfuerzo muscular por cargar un objeto pesado o una amputación traumática que debe de guardar relación lógica natural con el o los medios generadores de la amputación traumática; así se podrían citar infinidad de ejemplos en accidentes y también en enfermedades o padecimientos, por cuanto a que hay enfermedades o padecimientos que en particular presentan una sintomatología y cuadro clínico de origen muy específicos pero que por otra parte en particular afectan a ciertos órganos o funciones vitales.

Si no existe esa relación lógica natural entre el evento acontecido y sus causas será menester buscar los antecedentes del evento generador por que en éstos y con estos, se puede ver si el accidente, la enfermedad o el peligro en el que se puso la vida guardan relación con la causa del siniestro, de ahí la trascendencia del médico en buscar, informar y comentar sobre estos antecedentes, los que deben de verse no solamente como factores de exposición de riesgo, sino como elementos que nos permitan referir que la causa del evento si guarda relación con el evento acontecido y/o con la severidad con la que se ha presentado el siniestro.

Los antecedentes que el médico ubica en un examen médico, en el cuestionario médico de una solicitud, en la revisión de unos análisis o estudios de laboratorio o los que se captan con motivo de la información recabada por el agente, se vuelven pieza esencial para la prevención de fraudes en perjuicio de las Aseguradoras, porque en principio a mayor información que se tenga sobre el riesgo propuesto y quien propone el mismo, menor probabilidad habrá de que la institución sea objeto de engaño, lo anterior se afirma bajo el principio rector de que entre más se conoce, más información se tiene, más antecedentes se conservan, menor será la probabilidad de que quien pretenda cometer un delito logre pasar desapercibido al pretender ejecutar éste una vez cometido.

También como medida eficiente de prevención de ilícitos de contenido patrimonial en perjuicio de la Aseguradora está el conocimiento oportuno que el médico dé en torno a los antecedentes del evento o siniestro sobre el cual el mismo se ha percatado al buscar

las causa directas, inmediatas y eficientes para ponerlas en conocimiento de la Institución Aseguradora o Sociedad Mutualista y que ésta motive la aplicación de la ley vigente, así como de las propias condiciones generales de la póliza que rijan en el particular en el Seguro a afectarse y coberturas a involucrarse.

Influencia del siniestro en relación con el contrato de seguro

Los productos y servicios que ofrecen las Compañías de Seguros y los Contratos vigentes que se plasman en pólizas emitidas pueden venir a modificarse atento al hecho de la experiencia o siniestralidad de la que se ha tenido noticia, esto es, de los eventos ocurridos. De lo acontecido, pueden surgir a futuro condicionantes de una relación contractual como serian un incremento en suma asegurada, endosos para cubrir determinados riesgos, la determinación de exclusiones para no amparar riesgos determinados, la ampliación de periodos de espera para que surta efectos una o más coberturas.

Todas estas modificaciones necesariamente surgen en esencia por los cambios de antecedentes de origen, que sirvieron para la contratación, así como por el surgimiento de circunstancias particulares y acontecimientos que modifican en esencia las condiciones bajo las cuales las partes otorgaron de origen su consentimiento, y ahora vienen a refrendar un compromiso contractual bajo una carga de obligaciones y derechos diversos o modificados, podríamos decir con motivo de los antecedentes y circunstancias de los cuales se percata el médico que interactúa con la propia Institución Aseguradora.

De ahí que se afirme que la función del médico ya en relación con el evento ocurrido (siniestro) no solo sea de prevención de fraude, sino también su función es de dar a conocer una verdad histórica para que las partes se rijan por las condiciones contractuales más justas y equilibradas.

3.1.4 Clasificación ICD-10

Para que se pueda explotar estadísticamente toda la información médica generada en las áreas de siniestros de una compañía Aseguradora, se utiliza la ICD-10 (International Classification of Diseases) o CIE-10, de esta manera se le puede asignar un código a cada enfermedad o padecimiento que intervenga en el siniestro para así facilitar la labor de los actuarios.

La lista de códigos CIE-10 es la décima versión de la Clasificación Estadística Internacional de enfermedades y otros problemas de salud y determina los códigos utilizados para clasificar las enfermedades y una amplia variedad de signos, síntomas, hallazgos anormales, denuncias, circunstancias sociales y causas externas de daños y/o enfermedad.

Cada condición de salud puede ser asignada a una categoría y recibir un código de hasta seis caracteres de longitud (en formato de X00.00). Cada una de tales categorías puede incluir un grupo de enfermedades similares⁷.

Lista de códigos

La siguiente tabla nos muestra la manera en que esta agrupada la lista de códigos ICD-10.

Capítulo	Códigos	Título
I	A00-B99	Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias
II	C00-D48	Neoplasias
III	D50-D89	Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos y otros trastornos que afectan el mecanismo de la inmunidad
IV	E00-E90	Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas
V	F00-F99	Trastornos mentales y del comportamiento
VI	G00-G99	Enfermedades del sistema nervioso
VII	H00-H59	Enfermedades del ojo y sus anexos
VIII	H60-H95	Enfermedades del oído y de la apófisis mastoides

⁷ Wikipedia. http://es.wikipedia.org/wiki/Lista_de_codigos_CIE-10

IX	I00-I99	Enfermedades del sistema circulatorio
X	J00-J99	Enfermedades del sistema respiratorio
XI	K00-K93	Enfermedades del aparato digestivo
XII	L00-L99	Enfermedades de la piel y el tejido subcutáneo
XIII	M00-M99	Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conectivo
XIV	N00-N99	Enfermedades del aparato genitourinario
XV	O00-O99	Embarazo, parto y puerperio
XVI	P00-P96	Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal
XVII	Q00-Q99	Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas
XVIII	R00-R99	Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte
XIX	S00-T98	Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causa externa
XX	V01-Y98	Causas extremas de morbilidad y de mortalidad
XXI	Z00-Z99	Factores que influyen en el estado de salud y contacto con los servicios de salud

XXII	U00-U99	Códigos para situaciones especiales
------	---------	-------------------------------------

Figura 3.1 Lista de códigos ICD-10. / http://es.wikipedia.org/wiki/Lista_de_codigos_CIE-10

Historia

La CIE fue publicada por la Organización Mundial de la Salud. Se utiliza a nivel internacional para fines estadísticos relacionados con morbilidad y mortalidad, los sistemas de reintegro y soportes de decisión automática en medicina. Este sistema está diseñado para promover la comparación internacional de la recolección, procesamiento, clasificación y presentación de estas estadísticas. La CIE es la clasificación central de la WHO Family of International Classifications (WHO-FIC) (en español, la Familia de Clasificaciones Internacionales de la OMS).

La lista CIE-10 tiene su origen en la “Lista de causas de muerte”, cuya primera edición editó el Instituto Internacional de Estadística en 1893. La OMS se hizo cargo de la misma en 1948, en la sexta edición, la primera en incluir también causas de morbilidad. A la fecha, la lista en vigor es la décima, y la OMS sigue trabajando en ella.

La CIE-10 se desarrolló en 1992 y su propósito fue rastrear estadísticas de mortalidad. La OMS publica actualizaciones menores anuales y actualizaciones mayores cada tres años.

Posteriormente, algunos países han creado sus propias extensiones del código CIE-10. Por ejemplo, Australia presentó su primera edición, la “ ” en 1998; Canadá publicó su versión en el 2000, la “CIE-10-CA”. Alemania también tiene su propia extensión, la “CIE-10-GM”.

En Estados Unidos se añadió el anexo con el sistema de clasificación de procedimientos o ICD-10-PCS.

3.2 La investigación del siniestro

Como lo hemos revisado en apartados anteriores, existen otros participantes de mucha importancia en el proceso del dictamen del seguro en los que el analista de siniestros se apoya para conocer sobre la veracidad o autenticidad de aquellos elementos que se le ponen a la mano y a la vista para que éste pueda llegar a dictaminar sobre la procedencia o no del pago del siniestro. Estos participantes son los Investigadores de siniestros.

Los Investigadores de siniestros son profesionales del campo de los seguros que se dedican a verificar, ampliar y aclarar los hechos que son dados a conocer a la aseguradora mediante la documentación presentada por los beneficiarios. Esta tarea la llevan a cabo recolectando evidencia de lo acontecido como documentación, fotos, testimonios entre otros elementos. Dicha evidencia la obtienen del lugar del siniestro, lugar de residencia del asegurado y/o del beneficiario y demás fuentes que sean necesarias con el fin de llevar a cabo la tarea encomendada por la Institución Aseguradora.

La LSCS en su artículo 69 y 70 otorga el derecho a la Institución a comprobar los hechos que dieron origen al siniestro.

Artículo 69.- La empresa aseguradora tendrá el derecho de exigir del asegurado o beneficiario toda clase de informaciones sobre los hechos relacionados con el siniestro y por los cuales puedan determinarse las circunstancias de su realización y las consecuencias del mismo.

Artículo 70.- Las obligaciones de la empresa quedarán extinguidas si demuestra que el asegurado, el beneficiario o los representantes de ambos, con el fin de hacerla incurrir en error, disimulan o declaran inexactamente hechos que excluirían o podrían restringir dichas obligaciones. Lo mismo se observará en caso de que, con igual propósito, no le remitan en tiempo la documentación de que trata el artículo anterior.

3.2.1 Tipos de Investigación

El comportamiento de la siniestralidad de los seguros de vida está influenciado por diferentes aspectos tanto financieros, económicos, sociales, humanos, de mercado etcétera; por ejemplo, en épocas de crisis económicas de algún país o región se agudizan los casos de fraudes en el sector asegurador y como estamos hablando de seguros del ramo de personas, el comportamiento humano tendrá un peso de gran relevancia. Por lo anterior para lograr una mayor eficiencia y eficacia en los resultados de la investigación de siniestros del seguro de vida tomaremos como tipos de investigación, la clasificación hecha por Dr. Gordon Dankhe.⁸

⁸ Dankhe, G. L. Investigación y Comunicación. México. McGraw-Hill. 1989

Se ha adoptado como una clasificación de investigación no experimental del comportamiento humano la hecha por el Dr. Dankhe, quien divide en cuatro los tipos de investigación: exploratoria, descriptiva, explicativa y correlacionada. Esta clasificación es muy importante, pues del tipo de estudio depende la estrategia de investigación, el diseño de la investigación, los datos que se recolectan, la manera de obtenerlos, el muestreo y otros componentes del proceso de investigación, los cuales son distintos en estudios exploratorios, descriptivos, correlacionales y explicativos. En la práctica, cualquier estudio puede incluir elementos de más de una de estas cuatro tipos de investigación.

Los estudios exploratorios sirven para preparar el terreno y ordinariamente anteceden a los otros tres tipos. Los estudios descriptivos por lo general fundamentan las investigaciones correlacionales, las cuales a su vez proporcionan información para llevar a cabo estudios explicativos que generan un sentido de entendimiento y son altamente estructurados. Las investigaciones que se están realizando en un campo de conocimiento específico pueden incluir los tipos de estudio en las distintas etapas de su desarrollo. Una investigación puede iniciarse como explicativo, después ser descriptiva y correlacional, y terminar como explicativa.

Ahora bien, surge necesariamente la pregunta: ¿de qué depende que nuestro estudio se inicie como exploratorio, descriptivo, correlacional o explicativo? La respuesta no es sencilla, pero diremos que básicamente depende de dos factores: el estado del conocimiento del siniestro mostrado por la revisión y análisis de la documentación presentada por los beneficiarios a la Aseguradora y el enfoque que se pretenda dar a la investigación.

A continuación explicaremos con mayor detalle los tipos de investigación que tomaremos como clasificación para los estudios de siniestros del seguro de vida.

Investigación exploratoria: Los estudios o investigaciones exploratorias se efectúan cuando:

- La información sobre los hechos es muy pobre o confusa.
- Carece de documentación.
- El objetivo de la investigación es poco frecuente en la experiencia de la Institución o del analista encargado del dictamen.

Los estudios exploratorios sirven para familiarizarnos con los hechos relativamente desconocidos, obtener información sobre la posibilidad de llevar a cabo una investigación más completa, sobre el comportamiento humano de nuestro asegurado y/o beneficiarios obteniendo: costumbres, estilos de vida, aficiones, estado médico y mental y estado financiero, establece tendencias identificando relaciones entre el asegurado, beneficiario, servicios médicos, antecedentes patológicos, servicios funerarios y establece prioridades para investigaciones posteriores o sugerir afirmaciones verificables mediante la documentación que lo sustente.

Investigaciones descriptivas: Este tipo de investigaciones son de mayor detalle que las investigaciones exploratorias, se requiere encontrar información asertiva y oportuna, suelen ser cuantitativas, miden o evalúan aspectos específicos sobre el asegurado, beneficiario, médicos, autoridades y otras personas relacionadas al evento. Suelen efectuarse cuando:

- La documentación entregada por el beneficiario está incompleta o es poco clara.
- Se sospecha de la legitimidad de los documentos requeridos para el análisis del siniestro.

Estas investigaciones requieren de mayor conocimiento de los mismos, establece las bases para poder formular las preguntas específicas que deben de contestarse en una investigación de tipo correlacionada, en caso de derivar en este tipo de investigación. La descripción puede ser más o menos profunda, pero en cualquier caso se basa en la medición de uno o más atributos de los hechos y personas.

Investigaciones correlacionales: Este tipo de investigaciones tratan de responder a preguntas específicas y a medir la relación entre las variables, por ejemplo: si el asegurado no hubiera adquirido el seguro, ¿hubiera fallecido de cualquier forma?; a mayor suma asegurada, ¿existe mayor motivación del beneficiario por reclamar?; el médico que certificó la muerte, al ser familiar de la familia, ¿pudo omitir información del estado de salud del asegurado? ; los beneficiarios sin ser familiares del asegurado ¿tienen alguna pérdida económica por el fallecimiento del asegurado?, es decir, el tipo de investigación tiene como propósito medir el grado de relación que existía entre dos o más variables o entre los beneficiarios y asegurado, o asegurado, médicos, autoridades etcétera.

Investigaciones Explicativas: Este tipo de investigaciones como su nombre lo indican tratan de explicar hechos, está dirigido a responder las causas de los eventos, es decir, se centra en explicar por qué ocurrieron los hechos y obtener documentos que lo avale, este tipo de investigaciones son poco probables en el seguro de vida, mas sin embargo, son de gran ayuda en coberturas médicas, hospitalarias o de gastos médicos.

3.2.2 Selección de casos a investigar

La selección de los casos que requieren la intervención de un investigador para poder llegar a un dictamen la determinan varios factores: la experiencia y la sensibilidad del analista de siniestros de cada caso en particular; el azar; y ciertas características del siniestro ya establecidas y estandarizadas por la Institución. Estas últimas son resultado de la observación, basada en la asociación y organización de hechos, la recolección de datos y el análisis estadístico de los mismos que nos dan como resultado patrones. Algunas de las características puedes ser:

- Montos
- Causas del siniestro (ciertas enfermedades o tipos de accidentes)
- Similitud con otros casos anteriores o actuales dentro de la misma Institución o con otras empresas aseguradoras o de reaseguro.
- Antecedentes del siniestro
- Patrones de comportamiento
- Zonas geográficas de ocurrencia del siniestro

3.2.3 Elementos de la investigación

Una vez que se ha seleccionado un caso para el que se requiere la intervención de un investigador se deben de definir claramente al investigador en la solicitud de la investigación, los elementos que se están buscando obtener como resultado de la investigación así como el objetivo y alcance de la misma, esto ayudará de forma determinante al desarrollo y conclusión del estudio. Los elementos de investigación más comunes pueden ser:

- Acreditación de la personalidad tanto del asegurado como del beneficiario
- Ocupación del Asegurado
- Antecedentes personales patológicos de asegurado
- Atención médica recibida por el asegurado
- Interés Asegurable
- Perfil socioeconómico del asegurado y beneficiarios
- Recolección de documentos varios
- Cotejo de documentación
- Verificación de hechos

Otros aspectos de no menos importancia que deben de definirse desde la solicitud de la investigación y que sin lugar a dudas influirán en el resultado de la misma son el rango de tiempo que tiene el investigador para llevar a cabo del estudio; el costo esperado; la zona geográfica que se espera cubra la investigación; el tiempo histórico se espera cubra la investigación, es decir, 10 ó 15 ó 20 años atrás de la fecha de ocurrencia, y demás especificaciones necesarias.

Siempre se debe de tener cuidado en que las investigaciones contengan la fuente de información de cada hallazgo, dicha fuente puede provenir de:

- Médicos, abogados y otros profesionistas los cuales deben de ser confiables y deben contar con su cedula profesional.
- Las instituciones como hospitales, sanatorios, laboratorios, deben de estar legalmente constituidas.

- Las instituciones de gobierno deben de estar plenamente identificadas así como los funcionarios que entregan la información, en estos documentos deben de identificarse las pruebas de autenticidad, como son sellos, hologramas, tintas de agua y otros elementos que ayuden a definir si son o no auténticas
- La publicación de información en periódicos, revistas, Internet y otros medio de comunicación sirven para sustentar la autenticidad de los hechos por lo cual deben de ser legítima y confiable.

Una vez que el investigador haya concluido su trabajo de campo, presentará a la Aseguradora un informe que contenga el resultado de la investigación así como todos los elementos que lo sustenten, como pueden ser, documentos, grabaciones de video o de audio, fotografías, testimonios etcétera, además, en algunos casos pueden presentar sus propias impresiones del siniestro, aunque no se debe de perder de vista que la responsabilidad de dar un dictamen de procedencia o no al pago del siniestro es de la Institución Aseguradora a través de su área de siniestros y ésta a su vez de su responsable y del analista del siniestro.

Capítulo IV

4. El Actuario dentro de las áreas de atención de siniestros.

Después de haber estudiado de manera general los seguros, de haber ubicado las áreas de siniestros dentro de una institución aseguradora y haber analizado a detalle el proceso de dictamen de siniestro, dedicaremos este último capítulo a las actividades que realiza un actuario en estas áreas de indemnizaciones lo que nos llevará de manera natural a entender nuestra contribución para las áreas de atención de siniestros.

4.1 Fuentes de Información

Como iremos viendo a lo largo de este capítulo, la principal función de un actuario es la generación, explotación y análisis de la información compuesta del dictamen de siniestros por lo que empezaremos por conocer el origen de dicha información.

Toda la información generada por las áreas de siniestros viene de las propias reclamaciones de indemnización del seguro de vida y del proceso que se lleva a cabo para el dictamen del siniestro, es decir, se empiezan a generar datos desde que se tiene el primer contacto con el beneficiario al momento del aviso del siniestro (fecha de reclamación, fecha del siniestro, monto de suma asegurada, póliza reclamada etcétera); al momento de recibir la documentación (ejemplo: causa del siniestro, lugar del siniestro, lugar de residencia del asegurado y beneficiarios); los informes de los asesores y por último el dictamen del siniestro (monto del pago, causa del rechazo, forma de pago, etcétera). Para que toda esta información pueda ser utilizada se debe de ir almacenando en los sistemas o aplicativos utilizados por el área.

Dividiremos en dos tipos, la información generada por las áreas de siniestros:

1. Información Contable: Entenderemos como información contable, todo lo que tenga que ver con montos de suma asegurada y sus movimientos contables, es decir, aperturas de reserva, ajustes de más o de menos, cancelaciones de reserva, gastos asociados al siniestro (pagos a asesores), pagos de siniestro, entre otros.
2. Información Estadística: Llamaremos información estadística a todos los datos que genere la atención de siniestros que no sean contables, por ejemplo: fecha de defunción, edad del asegurado, lugar del siniestro, causa del siniestro, causas de rechazo, tiempo de vigencia de la póliza etcétera.

4.1.1 Información contable

Antes de abordar de lleno en tema de la información contable, hablaremos un poco sobre las reservas técnicas que las instituciones de seguros deben constituir. Los lineamientos para dichas reservas los encontramos en la LGISMS

Artículo 46 (LGISMS).- *Las instituciones de seguros deberán constituir las siguientes reservas técnicas:*

- I.- Reservas de riesgos en curso;*
- II.- Reservas para obligaciones pendientes de cumplir;*
- III.- Reserva de previsión; y*
- IV.- Las demás previstas en esta Ley.*

Específicamente la operación de las áreas de siniestros para los seguros de vida que estamos estudiando en este trabajo, afecta directamente a la reserva para obligaciones pendientes de cumplir, por siniestros ocurridos

Artículo 50(LGISMS).- *Las reservas para obligaciones pendientes de cumplir serán:*

- I.- Por pólizas vencidas, por siniestros ocurridos, y por repartos periódicos de utilidades, el importe total de las sumas que deba desembolsar la institución, al verificarse la eventualidad prevista en el contrato, debiendo estimarse conforme a las bases siguientes:*
 - a).- Para las operaciones de vida, las sumas aseguradas en las pólizas respectivas, con los ajustes que procedan, de acuerdo con las condiciones del contrato. En obligaciones pagaderas a plazos, el valor presente de los pagos futuros, calculado al tipo de interés que fije la Secretaría de Hacienda y Crédito Público. Tratándose de rentas, el monto de las que estén vencidas y no se hayan cobrado;*
- II.- Por siniestros ocurridos y no reportados, así como por los gastos de ajuste asignados al siniestro de que se trate, las sumas que autorice anualmente la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas a las instituciones, considerando la experiencia de siniestralidad de la institución y tomando como base los métodos actuariales de cálculo de cada compañía que en su opinión sean los más acordes con las características de su cartera.*

Estas reservas se constituirán conforme a lo que señale la Secretaría de Hacienda y Crédito Público mediante reglas de carácter general y sólo podrán utilizarse para cubrir siniestros ocurridos y no reportados, así como gastos de ajuste asignados al siniestro;

Ahora bien para identificar los momentos en que se hacen las afectaciones contables y por consecuencia se obtiene la información contable, utilizaremos el diagrama del proceso de dictamen del siniestro.

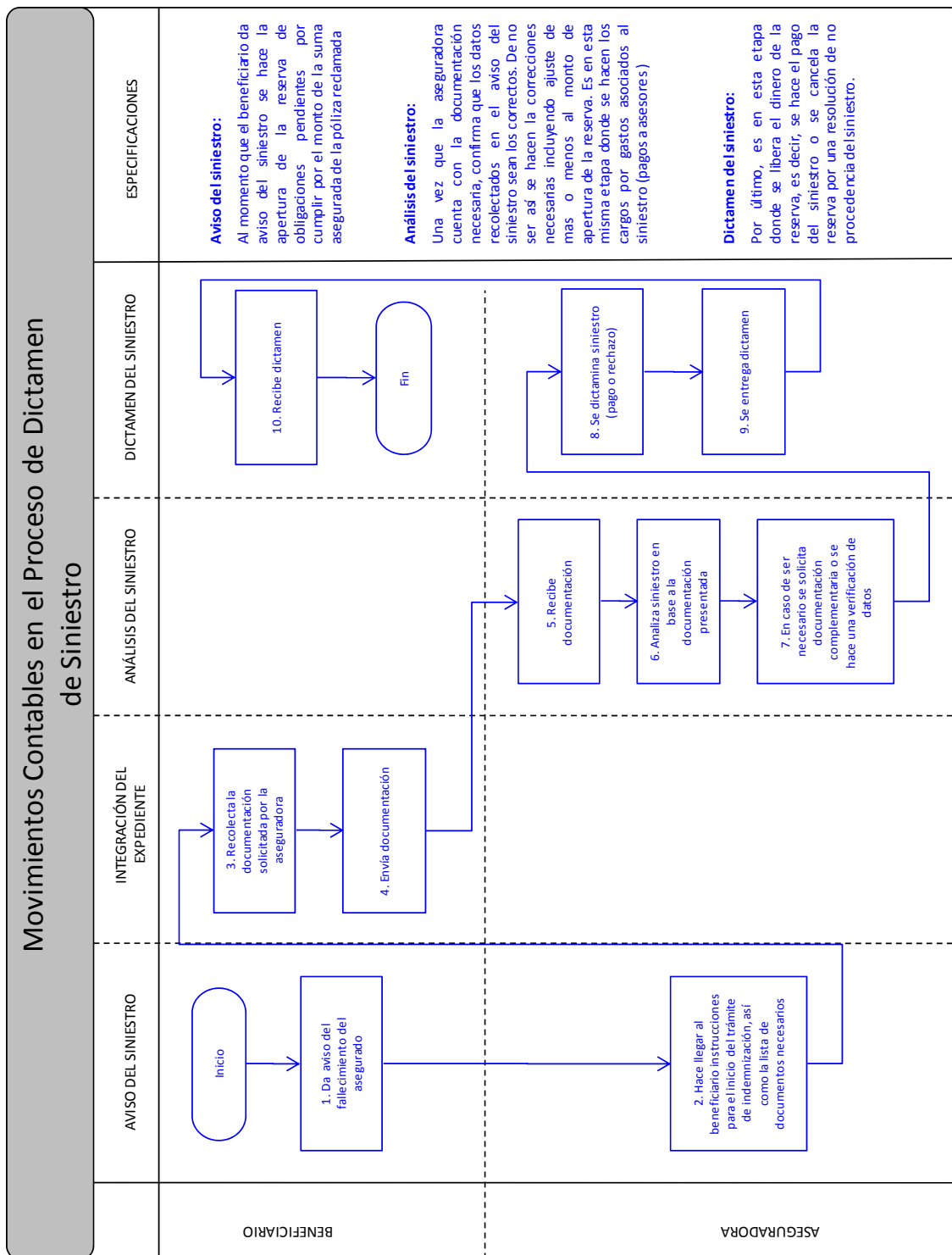


Figura 4.1 Diagrama de flujo Movimientos Contables en el proceso de dictamen de siniestro / Autoría Propia

Una vez que sabemos en qué momentos del proceso se genera la información contable, estudiaremos a grandes rasgos la contabilidad de las áreas de atención de siniestros.

De manera general diremos que existes 3 cuentas contables que se utilizan para registrar la contabilidad y 5 tipos de movimientos contables.

Las cuentas son:

1. Cuenta de siniestros del seguro directo. En esta cuenta se van registrando todos los movimientos sobre el monto de los siniestros ocurridos y reportados (cuenta: 5401-01-010)⁹ y pago de honorarios (cuenta: 5401-02-010). Esta es una de resultados de naturaleza deudora.
2. Cuenta de reserva para obligaciones pendientes por cumplir por siniestros ocurridos (cuenta: 2121-01-010). La cuenta de reserva es la que registra el monto de dinero que la aseguradora debe reservar para poder hacer frente a sus obligaciones de pagos de siniestros conocidas. El dinero se encuentra en esta cuenta hasta que se llega a un dictamen del siniestro. Al saldo de esta cuenta también se le conoce como monto del pendiente. Esta es una de resultados de naturaleza acreedora.
3. Cuenta de Bancos, cuenta de cheques (cuenta: 1502). Esta cuenta registra el movimiento de efectivo y es aquí donde quedan registrados los pagos que se hacen a los beneficiarios por concepto de la indemnización del seguro.

Los movimientos son:

1. Apertura del Siniestro. Este es el primer movimiento que se registra en el proceso de dictamen de siniestro. En este movimiento se hace el cargo por el monto de la Suma Asegurada de la póliza a afectar por el siniestro reportado a la cuenta de siniestros del seguro directo y el abono a la cuenta de reserva para obligaciones pendientes por cumplir por siniestros ocurridos. Por ejemplo, si recibimos el reporte de siniestro que afecta a una póliza con suma asegurada de \$10,000, el movimiento quedaría como sigue:

Siniestros del Seguro Directo (5401-01-010)	Reserva para Obligaciones Pendientes por Cumplir por Siniestros Ocurridos (2121-01-010)
1) 10,000	1) 10,000

2. Ajuste de Más. Este movimiento se da cuando de algún siniestro ya aperturado hay que hacer una modificación al monto inicial. Por ejemplo, del caso anterior, si al momento de verificar la información inicial con el documento de manera física, la

⁹ De acuerdo al anexo 12.1.1 de la Circular Única de seguros

suma asegurada fuera por \$30,000 en lugar de los \$10,000 aperturados, entonces se registraría un ajuste de más por los \$20,000 de diferencia con cargo a la cuenta de siniestros del seguro directo y abono a la cuenta de reserva para obligaciones pendientes por cumplir por siniestros ocurridos.

Siniestros del Seguro Directo (5401-01-010)	Reserva para Obligaciones Pendientes por Cumplir por Siniestros Ocurridos (2121-01-010)
1) 10,000 2) 20,000	1) 10,000 2) 20,000

3. Ajuste de Menos. Este es el movimiento contrario a los anteriores y se da cuando se determina que se debe reducir o incluso nulificar la suma asegurada aperturada. La nulificación del monto se da cuando se dictamina que la reclamación de la indemnización es improcedente, es decir, cuando se da un rechazo del siniestro. En este caso el cargo se hace a la cuenta de reserva para obligaciones pendientes por cumplir por siniestros ocurridos y el abono a la cuenta de siniestros del seguro directo. Por ejemplo, si se determinara que del caso que venimos ejemplificando no procediera el pago de la indemnización entonces se tendría que hacer un ajuste de menos por los \$30,000 de suma asegurada con cargo a la cuenta de reserva para obligaciones pendientes por cumplir por siniestros ocurridos y abono a la cuenta de siniestros del seguro directo.

Siniestros del Seguro Directo (5401-01-010)	Reserva para Obligaciones Pendientes por Cumplir por Siniestros Ocurridos (2121-01-010)
1) 10,000 2) 20,000 3) 30,000	1) 10,000 2) 20,000 3) 30,000

4. Pago de siniestro. Este movimiento es el que se registra cuando una reclamación es procedente, en estos casos el dinero pasa como un cargo a la cuenta de reserva para obligaciones pendientes por cumplir por siniestros ocurridos y abono a la cuenta de bancos. Por ejemplo, si en lugar de un rechazo de siniestro como en el caso anterior se hubiera dictaminado un pago de la reclamación por los \$30,000 ejemplificados, el movimiento quedaría como sigue:

Reserva para Obligaciones Pendientes por Cumplir por Siniestros Ocurridos (2121-01-010)	Bancos, cuenta de cheques (1502)
1) 10,000 2) 20,000 4) 30,000	4) 30,000

5. Pago del gasto asociado al siniestro. También conocido como pago a asesores o pago de honorarios, se da solo en los casos en que se requirió durante el proceso de dictamen de siniestro de la intervención de un asesor y se debe hacer el pago de sus honorarios, este gasto se asocia al siniestro en cuestión. El movimiento es con un cargo a la cuenta de siniestros del seguro directo y abono directamente a la cuenta de bancos sin pasar por la cuenta de reserva como hemos visto en los casos anteriores. Aunque estos casos se cargan también a la cuenta mayor de siniestros, tienen su propia subcuenta para poder diferenciarlos. Si del ejemplo que hemos venido utilizando además del pago de la indemnización se tuviera que hacer un pago de honorarios a un asesor por \$500 el movimiento quedaría como sigue:

Siniestros del Seguro Directo (5401-02-010)	Bancos, cuenta de cheques (1502)
1) 10,000	4) 30,000
2) 20,000	5) 500
5) 500	

Hemos visto de manera muy general como se afecta la contabilidad en un área de siniestros pero cabe mencionar que generalmente de estas cuentas que hemos analizado, existen subcuentas o algunas otras de apoyo para llevar un control de la contabilidad por ramos, productos, monedas, canales de venta etcétera, cada aseguradora define la manera de controlar su contabilidad siempre y cuando cumpla con la normatividad establecida (catalogo de cuentas anexo 12.1.1 de la Circular Única de seguros).

4.1.2 Información estadística

La recolección de datos se da durante todo el proceso de dictamen del siniestro, sin embargo la mayor cantidad de datos se obtienen durante la etapa de análisis del siniestro ya que es justamente en esta etapa donde se busca contar con toda la información posible acerca del siniestro para poder llegar a un dictamen.

En la siguiente tabla podremos ver a manera de ejemplo que tipo de información se obtiene en cada etapa del proceso de dictamen de siniestro, excepto que cada aseguradora definirá que datos almacenará en sus sistemas o aplicativos para la administración de su proceso.

Etapa	Información Recolectada
1. Aviso del siniestro	<ul style="list-style-type: none"> • Fecha de reporte • Fecha del siniestro • Número de póliza • Nombre del Asegurado • Suma Asegurada Reclamada

2. Integración de expediente	NA
3. Análisis del siniestro	<ul style="list-style-type: none"> • Ramo de la póliza: Pólizas Individuales o colectivas • Fecha de emisión de póliza • Tiempo de vigencia de póliza • Cobranza de la póliza • Edad del asegurado • Sexo del asegurado • Residencia de asegurado • Ocupación de asegurado • Beneficiarios (% de Suma Asegurada que les corresponde y parentesco) • Residencia de Beneficiarios • Lugar del Siniestro • Causa del siniestro • En caso de Análisis Medico: Padecimientos, fecha de inicio del padecimiento • En caso de Investigación: Causa de Investigación, Costo de la Investigación. • Documentos Presentados • Observaciones del caso
4. Dictamen del siniestro	<ul style="list-style-type: none"> • Dictamen del siniestro: Pago o Rechazo • En caso de ser pago: Monto del Pago, Fecha del pago, forma del pago (cheque o transferencia) • En caso de ser rechazo: Causa del Rechazo, Fecha del rechazo

En la etapa de Integración del expediente no se recolecta ningún tipo de información ya que recordemos que durante esta etapa es cuando el beneficiario obtiene los documentos necesarios para hacer el trámite de indemnización y los manda a la aseguradora.

Una vez que sabemos de dónde proviene la información que se utiliza para los estudios estadísticos, cálculo de indicadores, reportes gerenciales y demás fines de recolección, podemos decir que una de las contribuciones de un actuario para el área de siniestros es precisamente el cuidar los sistemas o aplicativos donde se almacenan los datos a fin de que la información almacenada sea confiable, cuente con la calidad de información necesaria para su óptima explotación, sea suficiente pero vigilando que no obstaculice el tiempo de operación del área y como consecuencia el tiempo de respuesta hacia el cliente, asimismo se deben de detectar las áreas de oportunidad en tema de captura de datos para llegar a tener una mejora continua en este tema.

Debemos de recalcar la importancia de este tema ya que los datos obtenidos de estas fuentes, serán la única base para la futura explotación de información y a medida que esta sea de mayor calidad, se tendrán más y mejores elementos a estudiar.

4.2 Explotación de Información.

4.2.1 Información de cierre

Para fines de control, las aseguradoras llevan a cabo un procedimiento para evaluar la operación, desempeño y resultados de la compañía durante cierto periodo de tiempo, que puede ser anual, trimestral, semestral o anual y así monitorear que se estén cumpliendo con los objetivos planteados o en caso contrario detectar la causa de esto. A este procedimiento le llamaremos “procedimiento de cierre”.

Como el comportamiento de la siniestralidad es un factor de suma importancia para los resultados de cualquier aseguradora, las áreas de siniestros deben de reportar los casos atendidos así como toda la afectación contable del periodo de tiempo fijado (generalmente mensual) a otras áreas de la aseguradora para que éstas a su vez lleven a cabo sus funciones, estas otras áreas pueden ser el área técnica para las cuestiones de reaseguro, reservas, estadísticas; el área contable y financiera para el monitoreo de presupuesto, el cálculo del estado de resultados; las áreas de ventas etcétera.

Una de las funciones de un Actuario dentro de las áreas de siniestros es la generación y análisis de esta “información de cierre”. La generación de la información generalmente es una aplicación del sistema que se usa para la administración del área por lo que, tal como lo mencionamos en el apartado anterior, es importante que una de las funciones del actuario, sea participar como el nexo entre el área de siniestros y el área de sistemas en el diseño e implementación de los sistemas o aplicativos computacionales usados por el área ya que debe de revisar el correcto funcionamiento del aplicativo para poder cumplir con el intercambio de información entre áreas.

El análisis de la información consiste en revisar que la información generada sea correcta, es decir, que los montos coincidan con lo reportado por contabilidad, que los números de casos así como la suma de los montos estén dentro de los parámetros de comportamiento del área y de no ser así, se deberá justificar, que las fechas sean congruentes, es decir que cumplan con la secuencia siniestro-aviso-dictamen (pago o rechazo) y todas aquellas variables para las cuales se detecte la necesidad de ser analizadas.

La estructura y contenido de los datos que se proveen a las otras áreas, depende de las Necesidades del receptor pero generalmente son en base de datos, con los formatos convenidos entre las áreas. La siguiente imagen nos da un ejemplo de lo antes mencionado:

Aseguradora XXX															
Enero 2011- Junio 2011															
Siniestros atendidos del seguro de vida															
Numero de Poliza	Identificador del Siniestro	Ramo	Nombre del Asegurado	Edad del Asegurado	Causa del Siniestro (ICD-10)	Fecha de Siniestro	Fecha de Aviso del Siniestro	Fecha de Pago o Rechazo	Monto de Suma Asegurada	Monto de Apertura	Ajuste de Mas	Ajuste de Menos	Monto de Pago	Monto de Gasto Asociado al Siniestro	
ABC	1	Individual	Juan Lopez Perez	60	I21	01/02/2011	10/02/2011	02/03/2011	50.000	50.000	10.000	0	60.000	1.000	
BCD	2	Colectiva	Maria Sanchez Ruiz	45	E10	10/01/2011	22/02/2011	01/06/2011	30.000	30.000	0	30.000	0	2.000	

Figura 4.2 Ejemplo Información de Cierre / Autoría Propia (Datos Ficticios)

4.2.2 Cálculo de Indicadores del área de atención de siniestros

Empezaremos por establecer la definición de “Indicador”. Un Indicador es la magnitud utilizada para medir o comparar los resultados efectivamente obtenidos, en la ejecución de un proyecto, programa o actividad. Se mide en porcentajes, tasas y razones etcétera para permitir, a través de su medición en periodos sucesivos y por comparación con el estándar establecido, evaluar periódicamente dicho resultado y verificar el cumplimiento de los objetivos fijados.

Los indicadores que veremos a continuación, tienen la finalidad de medir, desde diferentes ángulos, el proceso de dictamen del siniestro, y como lo mencionamos en la definición, evaluar periódicamente los resultados obtenidos de la serie de actividades que conforman dicho proceso. Cabe mencionar que cada aseguradora definirá sus propios indicadores de acuerdo a los aspectos que decida monitorear, no obstante, los que veremos a continuación nos dan una idea general del tema.

1. Siniestralidad. La siniestralidad es el principal indicador que se monitorea en las áreas de siniestros ya que para cualquier entidad aseguradora es imprescindible estimar con precisión la probabilidad de que ocurran los siniestros que se cubren en los contratos, así como anticipar cuál va a ser la magnitud de estos. Por lo anterior, el seguimiento de este indicador en las áreas de siniestros tiene como objeto conocer y comparar si el comportamiento real de la siniestralidad es el estimado por el área técnica para el periodo estudiado y además acumular esta información histórica para que los cálculos futuros sean cada vez más precisos.

Para la siniestralidad se miden dos factores:

- Frecuencia de la Siniestralidad (Número de Casos)
- Cuantía o Severidad del siniestro (Montos de Sumas Aseguradas)

La **frecuencia de siniestralidad** se mide como el número de siniestros observados durante un intervalo de tiempo definido, dividido por el total de pólizas en vigor al cierre de dicho intervalo sin importar el momento en que entraron en vigor

Es decir, definiremos:

FS = Frecuencia de Siniestralidad

P= Número total de pólizas en vigor de una cartera

CS= Número de casos de siniestros ocurridos

Por lo tanto, la fórmula de cálculo queda como sigue:

$$FS = \frac{CS}{P}$$

Por ejemplo, si en una cartera de 1,000 pólizas se observaron 15 siniestros, la frecuencia de siniestralidad sería de:

$$FS = \frac{15}{1,000} = 0.015 = 1.5\%$$

La variable CS (número de siniestros ocurridos) se asume aleatoria pero siguiendo las leyes de probabilidad de una distribución conocida. Es muy común la utilización de la hipótesis de que el número de siniestros de una cartera sigue una distribución de probabilidad Poisson.

La **cuantía o severidad de un siniestro** se refiere a la magnitud de los daños asociados a dicho siniestro, medida ésta en unidades monetarias, es decir, mediante un valor económico. En la definición de la cuantía de un siniestro tiene que fijarse si se trata del valor real, reclamado o pagado, puesto que pueden existir divergencias entre el valor de los daños ocasionados, los reclamados por el asegurado y los finalmente sufragados por la aseguradora. Para el caso que estamos estudiando que es el seguro de vida, la severidad se refiere al monto de la suma asegurada de los siniestros ocurridos, lo que definiremos como monto ocurrido.

El monto ocurrido es el total de la afectación contable de la cuenta de siniestros en el periodo estudiado. Recordemos que a la cuenta de siniestros le afectan positivamente las aperturas y los ajustes de más y el gasto asociado al siniestro y de manera negativa, todos los ajustes de menos.

La cuantía o severidad del siniestro es el factor de la siniestralidad que más interesa a la compañía aseguradora ya que es en valor monetario en el que se hacen todas las proyecciones donde la siniestralidad está involucrada.

La fórmula de cálculo queda como sigue:

$$SS = \frac{MO}{MP}$$

donde;

SS = Severidad de la Siniestralidad (%)

MO= Monto Ocurrido

MP= Monto de Primas

Se considerará como Monto de Primas al total de primas emitidas por la entidad aseguradora en el período de tiempo estudiado y en caso de tener reaseguro se le deberá de restar el monto de las primas cedidas al reasegurador.

El cálculo de la severidad de la siniestralidad se debe hacer por riesgos segmentados, es decir, se debe calcular por ramos, canales de venta, productos etcétera, esto permite llevar un monitoreo más preciso de la siniestralidad e identificar posibles desviaciones en su comportamiento.

Como podemos ver en la fórmula de cálculo para la Severidad de la siniestralidad, los dos componentes que afectarán al comportamiento de este indicador serán el Monto de Ocurrido (MO) y el Monto de Primas emitidas (MP) de estos dos componentes, el Monto de Ocurrido depende al 100% del área de siniestros y el Monto de Primas dependerá del área de emisión, ventas o alguna otra área de la compañía aseguradora. Ahora bien, debido a la importancia de éste indicador para cualquier Aseguradora, las áreas de siniestros deben de entender y monitorear el comportamiento de su componente de responsabilidad, el Monto de Ocurrido, por lo que los siguientes tres (del 2 al 4) indicadores analizan los diferentes factores que lo afectan: Siniestros reportados (aperturas de siniestros y ajustes de más), gasto asociado al siniestro y los rechazos de siniestros (ajustes de menos).

2. Indicador de Siniestros Reportados. Este indicador lo que pretende medir es el porcentaje de participación de los siniestros reportados durante el periodo estudiado en el saldo de la cuenta de siniestros o Monto de Ocurrido, de esta manera se sabrá en qué medida las variaciones del Monto de Ocurrido se deberán al incremento o disminución de los nuevos casos reportados.

Definiremos como:

ISR= Indicador de siniestros reportados (%)

MR= Monto de siniestros reportados

MO=Monto Ocurrido

La fórmula de cálculo queda como sigue:

$$ISR = \frac{MR}{MO}$$

3. Indicador del Gasto Asociado al Siniestro. Como mencionamos en el apartado de información contable, el gasto asociado al siniestro forma parte del saldo de la cuenta siniestros por lo tanto influye en el resultado de la siniestralidad, de modo que es necesario monitorear un indicador que nos revele el comportamiento de este. Además de lo anterior, también es necesario conocer el costo de las asesorías para el dictamen del siniestro y así considerarlo dentro de los presupuestos anuales de la compañía.

El indicador se calculará con el total del monto del gasto en el periodo estudiado entre el número de casos atendidos durante este mismo lapso de tiempo, lo que nos indicará el costo o gasto promedio por caso o siniestro atendido.

La fórmula de cálculo queda como sigue:

$$IGAS = \frac{MG}{CS}$$

Donde;

IGAS= Indicador de Gasto Asociado al Siniestro (%)

MS= Monto del Gasto

CS= Número de casos de siniestros ocurridos

4. Indicador de Siniestros No Procedentes. El monto de rechazos de siniestros o siniestros no procedentes es el único factor que resta al monto de Ocurrido (MO) por lo que es importante observarlo y seguir su comportamiento. Se representará como un porcentaje (negativo) del Monto de Ocurrido, es decir, se calculará como el cociente del monto total de sumas aseguradas de reclamaciones no procedentes o rechazadas y el Monto de Ocurrido.

La fórmula de cálculo queda como sigue:

$$ISNP = \frac{-MNP}{MO}$$

Donde;

ISNP= Indicador de Siniestros No Procedentes (%)

MNP=Monto No Procedente o Rechazado

MO=Monto Ocurrido

5. Tiempo de Respuesta. El Tiempo de respuesta es un indicador que mide en una unidad de días, el tiempo que tarda la aseguradora en dar un dictamen de siniestro a partir de que tiene conocimiento del mismo, es decir, el número de días que transcurren desde que el beneficiario reporta a la aseguradora la ocurrencia del fallecimiento del asegurado hasta que recibe el pago de la suma asegurada o la carta de rechazo (dictamen del siniestro). Este indicador se puede subdividir para medir por etapas el proceso de dictamen de siniestro, esto nos servirá para identificar posibles cuellos de botella. Para la medición de este indicador se necesitan las fechas exactas del momento en que se ejecutan algunas acciones claves del proceso.

Si dibujamos en una línea de tiempo los momentos claves del proceso de dictamen de siniestro queda como sigue:

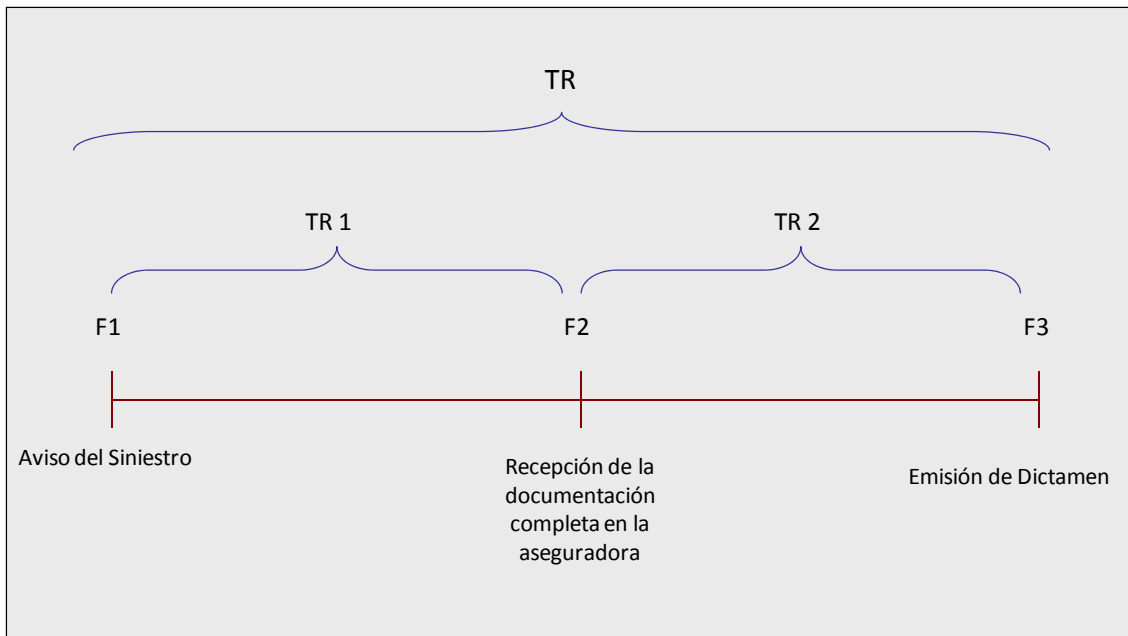


Figura 4.3 Tiempos de Respuesta / Autoría Propia

F1= Fecha del Aviso del siniestro, es decir, la fecha en que le beneficiario reporta a la aseguradora el fallecimiento del asegurado

F2= Fecha en que la aseguradora cuenta con todos los documentos iniciales necesarios (Cap. 2.2.1) para el trámite de la indemnización.

F3= Fecha en que la aseguradora emite el dictamen del siniestro, es decir fecha de la emisión del cheque o transferencia del pago o fecha de la emisión de la carta rechazo.

TR_n = Número de días que transcurren entre las fechas que correspondan

Donde n= 1,2,3

Por lo tanto la fórmula de cálculo del indicador de Tiempo de Respuesta queda como sigue:

$$TR_n = F(n + 1) - F_n$$

Donde n=1,2,3

Así entonces:

$$TR = \sum_{n=1}^{\infty} TRn$$

TR1 nos indicará el tiempo que tardan los beneficiarios en documentar, esto nos permitirá identificar si hubiera alguna complicación por parte de los beneficiarios para documentar su reclamación de indemnización y se podrán tomar medidas como mejorar los folletos informativos, dar capacitación para que la atención al cliente sea más clara, optimizar las vías de entrega de documentación etcétera.

TR2 nos dirá el número de días que tarda el área de atención de siniestros en realizar todas las actividades necesarias para poder dar al beneficiario una respuesta a su reclamación de indemnización del seguro de vida (dictamen de siniestro).

Este indicador puede medir tantos intervalos de tiempo entre tantas actividades como así lo requiera el área y sus sistemas de administración lo permitan en el sentido en que se cuente con la información necesaria para este fin.

El Tiempo de Respuesta que tiene un área de atención de siniestros es una manera de medir el nivel de servicio que tiene una aseguradora para sus clientes por lo que es un número que los círculos directivos siguen con mucha atención.

Veremos el siguiente caso como un ejemplo de este indicador. Digamos que tenemos una reclamación en la cual el beneficiario reportó el fallecimiento del asegurado de una póliza de vida el día 01 de Febrero del 2011, manda toda la documentación necesaria y la aseguradora la recibe el día 10 de Febrero del 2011, una vez que el área de siniestros realiza todas las tareas necesarias, determina procedente la reclamación y realiza el pago por medio de una transferencia electrónica a la cuenta del beneficiario el día 20 de Febrero del 2011. El indicador de TR para este caso queda como sigue:

$$F1= 01/02/2011$$

$$F2= 10/02/2011$$

$$F3= 20/02/2011$$

Por lo anterior:

$$TR1= (10/02/2011) - (01/02/2011) = 9 \text{ días}$$

$$TR2= (20/02/2011) - (10/02/2011) = 10 \text{ días}$$

$$\mathbf{TR= 9 \text{ días} + 10 \text{ días} = 19 \text{ días}}$$

Es decir, transcurrieron 19 días desde el reporte del siniestro hasta el dictamen del mismo.

Este indicador se puede medir en días naturales o días hábiles.

Todos los indicadores que hemos estudiado hasta el momento, se calculan de manera general, es decir incluyendo todos los siniestros y también por riesgos segmentados para así identificar claramente la influencia que tiene cada tipo de riesgo de acuerdo a sus características en el comportamiento global.

4.2.3 Reportes estadísticos

Otra de las funciones principales de los actuarios en las áreas de siniestros, es la generación y análisis de reportes estadísticos que ayuden a entender el comportamiento de la siniestralidad, como resultado, pero en general de todo el proceso de dictamen del siniestro.

La cantidad de estudios y reportes estadísticos que se pueden llegar a tener con la información recolectada por la atención de siniestros es inmensa, estas áreas son generadoras de una gran cantidad de información por lo que una de las aportaciones de los actuarios para estas áreas no es solo la generación de los reportes estadísticos y su análisis sino además el identificar cual es el tipo de información que se requiere, es decir, ¿qué se quiere explicar?, ¿qué tipo de datos se requieren?, ¿cuál es el enfoque que se debe de dar a la interpretación y explicación de los resultados?, ¿con que periodicidad se debe generar? Todas estas preguntas las debe de contestar un actuario para poder llegar al objetivo planteado.

Esta necesidad de entender el comportamiento de los resultados de las actividades del área de siniestros es tanto para la gente interna, es decir analistas de siniestros, mandos medios y directivos del área como también para contribuir en la labor de otras áreas.

Importancia del estudio de los siniestros ocurridos (acaecimiento del riesgo)

Para que una entidad aseguradora pueda atender el coste de los siniestros que se produzcan en el futuro, debe valorar el riesgo cubierto, es decir, cuantificarlo, para lo que es necesario el análisis estadístico de experiencias pasadas y su proyección, mediante técnicas adecuadas, al futuro.

Debe de determinar los criterios de segmentación del riesgo, es decir, los factores que influyen en su acaecimiento y en la intensidad de las consecuencias económicas que se derivan.

También se deben de elegir los datos estadísticos de experiencia adecuados para poder calcular la frecuencia e intensidad media de ocurrencia de los siniestros en el pasado y estimar su proyección futura.

Además se debe de homogeneizar la cartera de riesgos que se asumen con el fin de que resulte indiferente el acaecimiento del riesgo en cualquiera de los que se tienen asegurados.

En general, para que la actividad del seguro pueda funcionar con criterios de seguridad y estabilidad, la entidad aseguradora debe analizar y valorar los riesgos cuya cobertura asume.

Ejemplos de Reportes o Estudios Estadísticos

Con base en lo que hemos analizado en esta sección, a continuación veremos unos ejemplos del resultado de estudiar algunas de las variables de mayor importancia en el proceso de dictamen de siniestros.

Cabe mencionar que además de los ejemplos que veremos a continuación, las áreas de siniestros llevan un control básico del número de casos y el monto que representan los casos atendidos en el año, los procedentes y los no procedentes. Este conteo se puede hacer por ramo, producto, canal de venta, zona de la república, etcétera.

Para los siguientes ejemplos supondremos que tenemos un universo de 1000 siniestros atendidos por el área en el año 2010 de los cuales analizaremos las diferentes variables.

- 1. Relación Edad-Sexo del Asegurado al Momento del Fallecimiento.** Este estudio nos permitirá conocer la distribución de de nuestros asegurados que incurrieron en el riesgo de acuerdo a su edad y sexo.

Rango de Edad de Fallecimiento	Sexo		Total
	Femenino	Masculino	
<20	3	4	7
20-24	11	16	27
25-29	20	31	51
30-34	27	41	68
35-39	36	53	89
40-44	40	52	92
45-49	40	61	101
50-54	45	68	113
55-59	50	75	125
60-64	52	77	129
65-69	46	68	114
70-74	16	24	40
75-79	6	9	15
80-84	6	9	15
85-89	3	5	8
90-94	2	2	4
95-100	1	1	2
Total	404	596	1000

Figura 4.4 Tabla Relación Edad-Sexo del Asegurado al Momento del Fallecimiento / Autoría Propia (Datos Ficticios)

Si graficamos la tabla anterior:

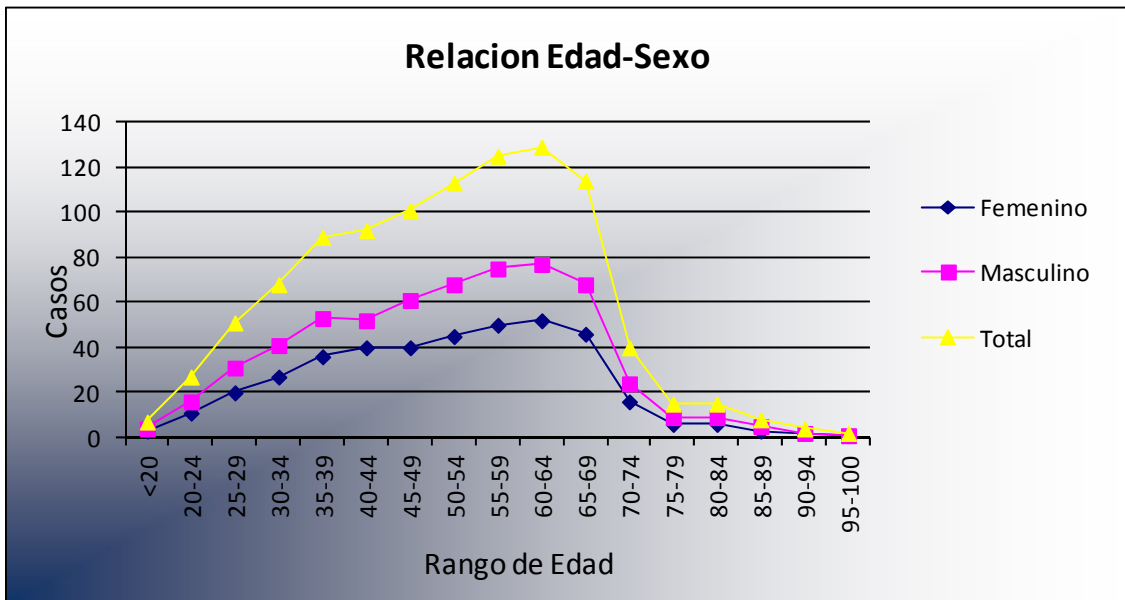


Figura 4.5 Grafica Relación Edad-Sexo del Asegurado al Momento del Fallecimiento / Autoría Propia (Datos Ficticios)

Con esta tabla y su gráfica podemos hacer varias lecturas:

- Del universo de asegurados, la mayor parte de ellos fallecen en el rango de edad de 60 a 65 años tanto los del sexo masculino como del femenino.
- Podemos ver que tenemos una baja significativa a partir de los 70 años, esto puede deberse a la edad de aceptación desde la selección de riesgos.
- Tenemos mayor cantidad de asegurados del sexo masculino que del sexo femenino, sin embargo, su distribución en la edad de fallecimiento es muy parecida.

2. Principales Causas de Fallecimiento. Otra variable que resulta interesante analizar es la causa de siniestralidad con base en el padecimiento que originó la defunción del asegurado. Para este fin utilizaremos la clasificación ICD-10 (International Statistical Classification of Diseases). Separaremos la clasificación de nuestros 1000 casos que estamos proponiendo como ejemplo en dos tablas: enfermedades y accidentes, lo anterior en virtud de que para conocer la causa de las defunciones por accidentes, subdividiremos la clasificación ICD-10 como sigue:

Causas de Fallecimiento por Enfermedad		
Clasificación Estadística Internacional de enfermedades (ICD-10)		Numero de Casos
Codigos	Descripcion	
I00-I99	Enfermedades del sistema circulatorio	199
C00-D48	Neoplasias	185
E00-E90	Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	175
K00-K93	Enfermedades del aparato digestivo	66
J00-J99	Enfermedades del sistema respiratorio	57
N00-N99	Enfermedades del aparato genitourinario	39
A00-B99	Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias	30
G00-G99	Enfermedades del sistema nervioso	14
M00-M99	Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conectivo	5
D50-D89	Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos y otros trastornos que afectan el mecanismo de la inmunidad	4
L00-L99	Enfermedades de la piel y el tejido subcutáneo	2
O00-O99	Embarazo, parto y puerperio	2
F00-F99	Trastornos mentales y del comportamiento	1
NA	Otras Enfermedades	10
Total de Casos		789

Figura 4.6 Tabla Causas de Fallecimiento por Enfermedad / Autoría Propia (Datos Ficticios)

Causas de Fallecimiento por Accidentes			
Clasificación Estadística Internacional de enfermedades (ICD-10)		Tipo de Accidente	Numero de Casos
Codigos	Descripcion		
V01-Y98	Causas extremas de morbilidad y de mortalidad	Homicidio	88
		Accidente de Tránsito (Terrestre, Marítimo, Aéreo)	87
		Caídas, Golpes, Fracturas	13
		Suicidio	9
		Accidentes que obstruyen la respiración	6
		Quemados y Electrocutados	4
		Ahogados	2
		Intoxicados	1
		Otros Acc.	1
Total		211	

Figura 4.7 Tabla Causas de Fallecimiento por Accidentes / Autoría Propia (Datos Ficticios)

Con este tipo de reportes podemos identificar las principales causas de siniestralidad que tenemos en nuestra población asegurada. De las tablas anteriores diremos que el 80% de los casos reclamados para el pago de la indemnización del seguro de vida se deben a las siguientes 6 causas (en orden descendente por frecuencia):

- Enfermedades del sistema circulatorio
- Neoplasias
- Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas
- Homicidio
- Accidente de Tránsito (Terrestre, Marítimo, Aéreo)
- Enfermedades del aparato digestivo

Graficando los resultados arrojados por la tabla:

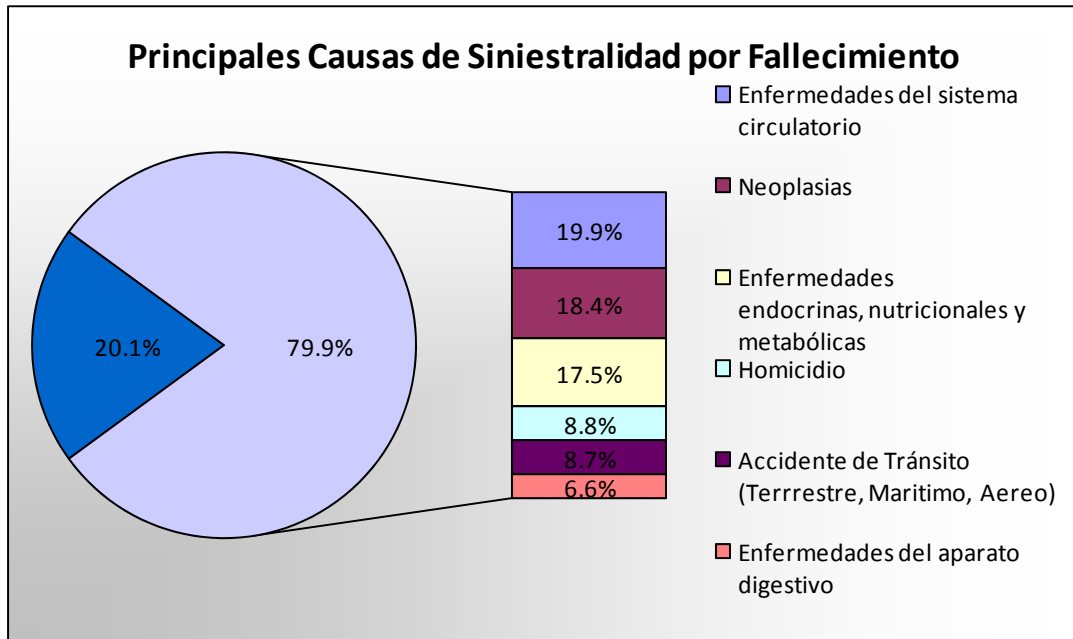


Figura 4.8 Grafica Principales Causas de Siniestralidad por Fallecimiento / Autoría Propia (Datos Ficticios)

3. Tiempo de vigencia de la póliza. Tenemos también la variable “Vigencia de la Póliza”, para este ejemplo definiremos como tiempo de vigencia de la póliza, el tiempo (en meses) que transcurre a partir de la emisión de la póliza hasta el momento del siniestro (fallecimiento del asegurado).

La siguiente gráfica nos indica la distribución de los 1,000 casos atendidos de ejemplo durante el 2010 respecto al número de meses que estuvo vigente la póliza. Para casos como este en los cuales contamos con la suficiente información podemos también definir una función que nos describa el comportamiento de la variable que estamos estudiando con un coeficiente de determinación R^2 confiable y así poder predecir comportamientos futuros de la variable en cuestión.

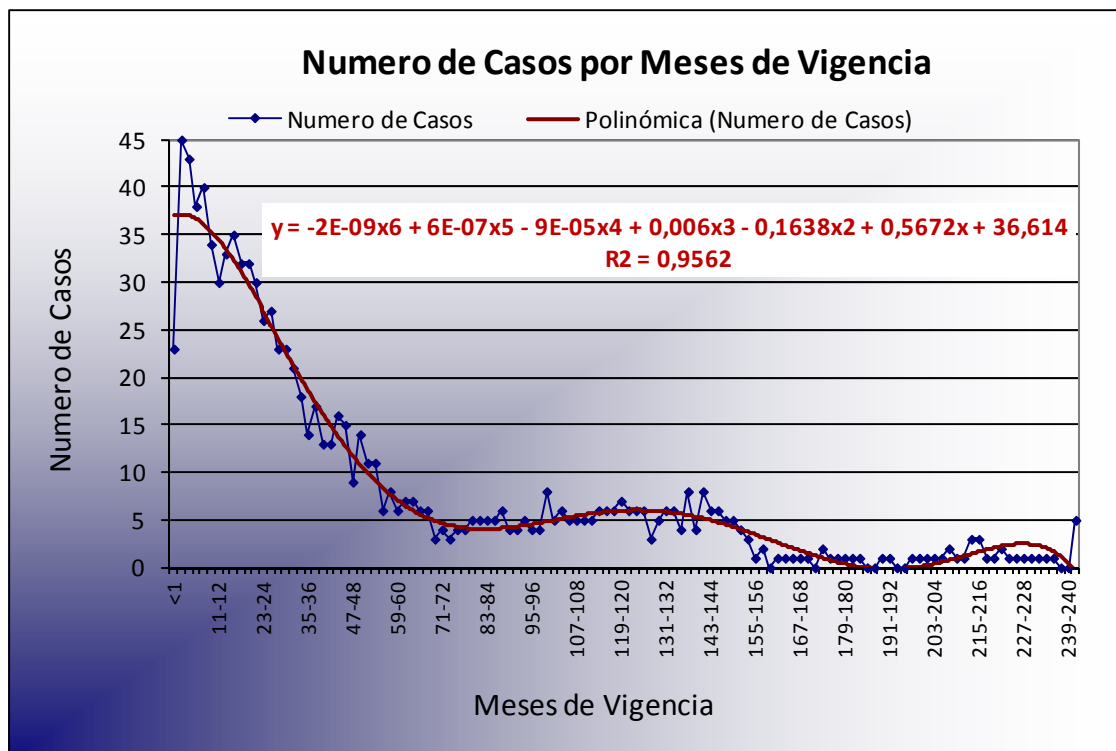


Figura 4.9 Grafica Número de Casos por Meses de Vigencia / Autoría Propia (Datos Ficticios)

4. Seguimiento de los Siniestros Pendientes de Dictamen.

La variable de los siniestros pendientes de dictamen (número de casos y monto) es uno de los temas que las áreas de siniestros deben de estudiar con detalle, ya que por cada siniestro pendiente se debe de mantener una reserva para poder hacer frente a las obligaciones por cumplir. En caso de que se determine que el siniestro es procedente, se toma el dinero de esta reserva para el pago y para el caso de siniestros no procedentes se libera el dinero de esta reserva.

Algunos de los aspectos que son interesantes de estudiar del comportamiento del pendiente son: la velocidad de resolución de los siniestros pendientes, el motivo por el cual está pendiente el siniestro, el tiempo de antigüedad de los siniestros en la reserva, entre los más relevantes.

Para el caso del estudio del pendiente, además del número de casos que tiene el área de siniestros por dictaminar, es importante enfocarse en la cantidad o monto de suma asegurada que estos representan por lo que para ejemplificar uno de los tipos de estudios que se hacen respecto a la velocidad de resolución de los siniestros pendientes supondremos que empezamos el 2010 con \$0 de monto de pendiente y terminamos el año 2010 con \$200,000 en dicha reserva. La figura 4.10 nos dice el monto de los siniestros

que quedaron pendientes de dictaminar al cierre del mes en que se apertura su reserva (mes de aviso del siniestro) y el desgaste de este total a lo largo del año hasta concluir el 2010.

Por ejemplo, al cierre de mes de Enero quedaron \$50,000 como total de sumas aseguradas de los casos que se abrieron en este mes y no se dictaminaron este mismo Enero por lo que la tabla nos dice que de esos \$50,000; \$8,524 se resolvieron en su Mes 1 de Antigüedad (Febrero); \$7,114 en su Mes 2 (Marzo) y así sucesivamente durante todo el año hasta llegar al final del 2010 que quedaron \$3,000 en el monto del pendiente con el que cerró el año. Para el mes de Diciembre, se cerró con \$36,000 de casos recibidos en Diciembre y que no se resolvieron en el mismo mes por lo que pasan a formar parte de los \$200,000 de pendiente con el que cerramos el estudio del 2010.

Mes	Suma Asegurada Pendiente del Mes	Monto Dictaminado											Pendiente al final del año			
		Mes 1	Mes 2	Mes 3	Mes 4	Mes 5	Mes 6	Mes 7	Mes 8	Mes 9	Mes 10	Mes 11	Total	Monto	%	% Acumulado
Enero	50000	8524	7114	5939	5234	4764	4294	3824	3119	1944	1239	1004	47000	3000	1,5%	100,0%
Febrero	33000	5322	4452	3727	3292	3002	2712	2422	1987	1262	827		29000	4000	2,0%	98,5%
Marzo	48000	8027	6737	5662	5017	4587	4157	3727	3082	2007			43000	5000	2,5%	96,5%
Abril	25000	3273	2763	2338	2083	1913	1743	1573	1318				17000	8000	4,0%	94,0%
Mayo	30000	3461	2951	2526	2271	2101	1931	1761					17000	13000	6,5%	90,0%
Junio	40000	5300	4580	3980	3620	3380	3140						24000	16000	8,0%	83,5%
Julio	66000	11856	10416	9216	8496	8016							48000	18000	9,0%	75,5%
Agosto	60000	11550	10350	9350	8750								40000	20000	10,0%	66,5%
Septiembre	80000	20977	19237	17787									58000	22000	11,0%	56,5%
Octubre	45000	10300	9700										20000	25000	12,5%	45,5%
Noviembre	50000	20000											20000	30000	15,0%	33,0%
Diciembre	36000												0	36000	18,0%	18,0%
Total	563000	108588	78298	60523	38761	27761	17975	13305	9505	5212	2066	1004	363000	200000		
%		19,3%	13,9%	10,8%	6,9%	4,9%	3,2%	2,4%	1,7%	0,9%	0,4%	0,2%	64,5%	35,5%		
% Acumulado		19,3%	33,2%	43,9%	50,8%	55,8%	59,0%	61,3%	63,0%	63,9%	64,3%	64,5%				

Figura 4.10 Escalera de Seguimiento de los Siniestros Pendientes de Dictamen / Autoría Propia (Datos Ficticios)

La tabla anterior nos dice con que velocidad se va desgastando el monto del pendiente generado mes a mes. En el % Acumulado de la parte inferior, podemos ver que la velocidad de resolución del pendiente tiene una aceleración mayor los primeros 6 meses, después de éstos, el desgaste del monto se va dando más pausadamente.

Otra cosa que podemos observar es que, de los \$200,000 del pendiente al final del 2010, casi el 80% de monto es de siniestros abiertos a partir del mes de Julio, lo que nos confirma a afirmación anterior.

Además de estos triángulos de velocidad de desgaste del pendiente en general, también es importante conocer la razón por la cual se encuentran los siniestros sin dictaminar, es decir, en qué etapa del proceso se encuentran. Se tendría que analizar qué porcentaje se

encuentra en la etapa de documentación, cuantos en análisis, y dentro de estas, que tipo de documentación es la que hace falta, si el trámite esta con uno de los asesores o se encuentra con los analistas. Como podemos ver, la cantidad de análisis pueden ser tantos como se requieran y el nivel de detalle que se quiera conocer.

4.3 Interacción del actuario del área de atención de siniestros con otras áreas dentro de la Institución Aseguradora

Mucha de la información generada por las áreas de atención de siniestros que hemos estudiado a lo largo de este trabajo, es utilizada por otras áreas dentro de la Institución Aseguradora y al ser el actuario la persona encargada de manejarla es entonces, el responsable de hacer el intercambio de la misma.

El principal intercambio de información se da con el área técnica para muchas de las funciones dentro de ésta, empezando con el envío de los reportes cada de cierre de mes en forma de bases de datos que contienen la información substancial de los siniestros reportados y aperturados, los siniestros procedentes y los que no, este tipo de información es enviada para los encargados del cálculo, manejo y monitoreo de reservas y estadísticas de la aseguradora.

Para el área de reaseguro, se mandan el detalle de todos aquellos siniestros que por sus características pudieran entrar en los contratos de reaseguro de la institución.

Con el área de selección de riesgos se comparte información sobre el comportamiento de las causas de siniestralidad (enfermedades o accidentes que causan el fallecimiento de la cartera de asegurados) como el ejemplo que vimos en el apartado de reportes estadísticos, con el fin de identificar algún padecimiento que deba considerarse desde la inscripción de riesgo.

Cuando la Aseguradora lanza un nuevo producto al mercado, existe una colaboración importante al momento de definir todo lo relacionado a la atención del siniestro como: documentación necesaria para el trámite de indemnización, los medios de contacto que van a ser utilizados por los beneficiarios, los flujos de intercambio de información que habrá con otras áreas de la compañía para el nuevo producto, el contenido de la información que se le dará al cliente como guía informativa para el momento de ocurrencia del siniestro etcétera. Esta colaboración se da con las áreas de diseño de nuevos productos, mercadotecnia, áreas comerciales, sistemas, jurídico etcétera.

Específicamente con el área de diseño de producto, se le provee información de siniestralidad histórica para sus proyecciones de la siniestralidad esperada en el cálculo de primas para los nuevos productos o solo para el monitoreo de los ya existentes.

Con área de planeación financiera el intercambio de información se da principalmente para efectos de presupuesto, ya sea para la elaboración del mismo o solo de seguimiento.

Con las áreas comerciales, la colaboración se da para fines de calidad en el servicio, por lo que se comparte información como tiempos de respuesta ó calificaciones de las evaluaciones de atención al cliente. Se pide apoyo cuando se necesita hacer llegar a los

clientes en forma masiva, información al respecto de la atención del siniestro con el fin de optimizar procesos.

El área de sistemas es de vital importancia, desde el diseño de los aplicativos utilizados por las áreas de atención de siniestros hasta el mantenimiento y la optimización de los mismos y para que estas funciones sean llevadas a cabo las áreas de siniestros deben de proporcionar la información necesaria para que el requerimiento sea claro y preciso.

Como podemos ver, la interacción de área de siniestros se da en muchos momentos y con diversas áreas de la aseguradora, por lo que es tarea del actuario dentro de las áreas de siniestros el atender y solicitar el intercambio de información, pero además, aportar su conocimiento sobre la operación de área con el fin de enriquecer dicho intercambio con puntos de vista que personas ajenas al área difícilmente conocerían acerca del proceso de dictamen de siniestros para los seguros de vida.

Conclusiones

Actualmente los actuarios nos desarrollamos profesionalmente en diversas áreas laborales y sin duda, el sector asegurador es uno de los mayores concentradores de los egresados de actuaría, sin embargo, se piensa en actuarios principalmente para las áreas técnicas pero como hemos visto a lo largo de este trabajo, debido a nuestra formación académica podemos ser pieza clave en otras áreas dentro de una aseguradora aportando y aplicando nuestros conocimientos a favor del óptimo desempeño y la correcta toma de decisiones.

Específicamente, laborando en un área de atención de siniestros, los conocimientos adquiridos en el tema de seguros, contabilidad y administración, son fundamentales para conocer y entender las bases del producto y los recursos con los que se está operando con el fin de poder aportar en la optimización de los procesos del área. Por otro lado, las habilidades y la formación proveniente de otros temas como la estadística y probabilidad nos dan las herramientas necesarias para poder dar un enfoque con bases matemáticas de los resultados obtenidos por las diferentes actividades con todas las variables involucradas en el proceso del dictamen del siniestro.

Dentro de las áreas de atención de siniestros de una aseguradora, las contribuciones de un actuario son muchas y de gran utilidad, pero para que esto pueda llevarse a cabo, es de vital importancia que el actuario se involucre y conozca a fondo la manera en que se desarrolla el proceso de indemnización así como su justificación legal, las herramientas que se utilizan para su administración, la interacción del proceso con otras áreas de la compañía y las implicaciones que tienen los resultados de las áreas de atención de siniestros para los resultados globales de la institución aseguradora.

De tal manera que podemos enunciar *la contribución de un Actuario dentro del área encargada de la atención y dictamen del siniestro para el seguro por fallecimiento* como: La optimización del proceso operativo y de su administración a través de las herramientas a fin de aprovechar de la mejor manera las fuentes de información; la correcta y oportuna explotación de información generada por el área a través del diseño, generación y análisis de los diversos reportes, estudios estadísticos e indicadores con el objetivo de entender el comportamiento de los siniestros y los diferentes factores que los afectan y así tener la base para las toma de decisiones de los diferentes niveles gerenciales; la mejora en la comunicación e interacción con las diferentes áreas de la compañía aseguradora entendiendo y atendiendo sus requerimientos de información.

En general y con base a todo lo estudiado a lo largo de este trabajo, contar con un actuario dentro de las áreas de siniestros se puede traducir en un mejor resultado para los objetivos de cualquier institución aseguradora, entendiendo, controlando y pronosticando con mayor precisión el comportamiento de los siniestros atendidos por sus áreas de indemnización.

Apéndice

Ley Sobre el Contrato del Seguro.

Artículo 1.- Por el contrato de seguro, la empresa aseguradora se obliga, mediante una prima, a resarcir un daño o a pagar una suma de dinero al verificarse la eventualidad prevista en el contrato.

Artículo 7.- Las condiciones generales del seguro deberán figurar en el mismo formulario de ofertas suministrado por la Empresa Aseguradora, o bien remitirse al proponente para que éste las incluya en la oferta del contrato que ha de firmar y entregar a la empresa. El proponente no estará obligado por su oferta si la empresa no cumple con esta disposición. En todo caso, las declaraciones firmadas por el asegurado serán la base para el contrato, si la empresa le comunica su aceptación dentro de los plazos que fija el artículo 6 de la presente ley.

Artículo 8º.- El proponente estará obligado a declarar por escrito a la empresa aseguradora, de acuerdo con el cuestionario relativo, todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo que puedan influir en las condiciones convenidas, tales como los conozca o deba conocer en el momento de la celebración del contrato.

Artículo 9º.- Si el contrato se celebra por un representante del asegurado, deberán declararse todos los hechos importantes que sean o deban ser conocidos del representante y del representado.

Artículo 10.- Cuando se proponga un seguro por cuenta de otro, el proponente deberá declarar todos los hechos importantes que sean o deban ser conocidos del tercero asegurado o de su intermediario.

Artículo 31.- El contratante del seguro estará obligado a pagar la prima en su domicilio, si no hay estipulación expresa en contrario.

Artículo 32.- En el seguro por cuenta de tercero, la empresa aseguradora podrá reclamar del asegurado el pago de la prima cuando el contratante que obtuvo la póliza resulte insolvente.

Artículo 33.- La empresa aseguradora tendrá el derecho de compensar las primas y los préstamos sobre pólizas que se le adeuden, con la prestación debida al beneficiario.

Artículo 34.- Salvo pacto en contrario, la prima vencerá en el momento de la celebración del contrato, por lo que se refiere al primer período del seguro; entendiéndose por período del seguro el lapso para el cual resulte calculada la unidad de la prima. En caso de duda, se entenderá que el período del seguro es de un año.

Artículo 35.- La empresa aseguradora no podrá eludir la responsabilidad por la realización de riesgo, por medio de cláusulas en que convenga que el seguro no entrará en vigor sino después del pago de la primera prima o fracción de ella.

Artículo 36.- En caso de duda, las primas ulteriores a la del primer período del seguro se entenderán vencidas al comienzo y no al fin de cada nuevo período.

Artículo 37.- En los seguros de vida, en los de accidentes y enfermedades, así como en los de daños, la prima podrá ser fraccionada en parcialidades que correspondan a períodos de igual duración. Si el asegurado optare por cubrir la prima en parcialidades, cada una de éstas vencerá al comienzo del período que comprenda.

Artículo 38.- En caso de que se convenga el pago de la prima en forma fraccionada, cada uno de los períodos de igual duración a que se refiere el artículo anterior no podrán ser inferiores a un mes.

Artículo 39.- En los seguros por un solo viaje, tratándose de transporte marítimo, terrestre o aéreo y de accidentes personales, así como en los seguros de riesgos profesionales, no se podrá convenir el pago fraccionado de la prima.

Artículo 40.- Si no hubiese sido pagada la prima o la primera fracción de ella, en los casos de pago en parcialidades, dentro del término convenido, el cual no podrá ser inferior a tres días ni mayor a treinta días naturales siguientes a la fecha de su vencimiento, los efectos del contrato cesarán automáticamente a las doce horas del último día de ese plazo. En caso de que no se haya convenido el término, se aplicará el mayor previsto en este artículo.

Artículo 41.- Será nulo cualquier convenio que pretenda privar de sus efectos a las disposiciones del artículo anterior.

Artículo 42.- La empresa aseguradora no podrá rehusar el pago de la prima ofrecida por los acreedores privilegiados, hipotecarios o prendarios, terceros asegurados, beneficiarios o por cualquier otro que tenga interés en la continuación del seguro.

Artículo 43.- Si la prima se ha fijado en consideración a determinados hechos que agraven el riesgo y estos hechos desaparecen o pierden su importancia en el curso del seguro, el asegurado tendrá derecho a exigir que en los períodos ulteriores se reduzca la prima, conforme a la tarifa respectiva y si así se convino en la póliza, la devolución de la parte correspondiente por el período en curso.

Artículo 44.- Salvo estipulación en contrario, la prima convenida para el período en curso, se adeudará en su totalidad aun cuando la empresa aseguradora no haya cubierto el riesgo sino durante una parte de ese tiempo.

Artículo 47.- Cualquiera omisión o inexacta declaración de los hechos a que se refieren los artículos 8o, 9o y 10 de la presente ley, facultará a la empresa aseguradora para considerar rescindido de pleno derecho el contrato, aunque no haya influido en la realización del siniestro.

Artículo 48.- La empresa aseguradora comunicará en forma auténtica al asegurado o a sus beneficiarios, la rescisión del contrato dentro de los treinta días naturales siguientes a la fecha en que la propia empresa conozca la omisión o inexacta declaración.

Artículo 49.- Cuando el contrato de seguro comprenda varias cosas o varias personas y la omisión o inexacta declaración no se refieran sino a algunas de esas cosas, o de esas personas, el seguro quedará en vigor para las otras, si se comprueba que la empresa aseguradora las habría asegurado solas en las mismas condiciones.

Artículo 50.- A pesar de la omisión o inexacta declaración de los hechos, la empresa aseguradora no podrá rescindir el contrato en los siguientes casos:

I. Si la empresa provocó la omisión o inexacta declaración;

II. Si la empresa conocía o debía conocer el hecho que no ha sido declarado;

III. Si la empresa conocía o debía conocer exactamente el hecho que ha sido inexactamente declarado;

IV. Si la empresa renunció al derecho de rescisión del contrato por esa causa;

V. Si el declarante no contesta una de las cuestiones propuestas y sin embargo la empresa celebra el contrato. Esta regla no se aplicará si de conformidad con las otras indicaciones del declarante, la cuestión debe considerarse contestada en un sentido determinado y esta contestación aparece como una omisión o inexacta declaración de los hechos.

Artículo 66.- Tan pronto como el asegurado o el beneficiario, en su caso, tengan conocimiento de la realización del siniestro y del derecho constituido a su favor por el contrato de seguro, deberán ponerlo en conocimiento de la empresa aseguradora. Salvo disposición en contrario de la presente ley, el asegurado o el beneficiario gozarán de un plazo máximo de cinco días para el aviso que deberá ser por escrito si en el contrato no se estipula otra cosa.

Artículo 67.- Cuando el asegurado o el beneficiario no cumplan con la obligación que les impone el artículo anterior, la empresa aseguradora podrá reducir la prestación debida hasta la suma que habría importado si el aviso se hubiere dado oportunamente.

Artículo 68.- La empresa quedará desligada de todas las obligaciones del contrato, si el asegurado o el beneficiario omiten el aviso inmediato con la intención de impedir que se comprueben oportunamente las circunstancias del siniestro.

Artículo 82.- El plazo de que trata el artículo anterior no correrá en caso de omisión, falsas o inexactas declaraciones sobre el riesgo corrido, sino desde el día en que la empresa haya tenido conocimiento de él; y si se trata de la realización del siniestro, desde el día en que haya llegado a conocimiento de los interesados, quienes deberán demostrar que hasta entonces ignoraban dicha realización.

Artículo 83.- Es nulo el pacto que abrevie o extienda el plazo de prescripción fijado en los artículos anteriores.

Artículo 84.- Además de las causas ordinarias de interrupción de la prescripción, ésta se interrumpirá por el nombramiento de peritos con motivo de la realización del siniestro, y tratándose de la acción en pago de la prima, por el requerimiento de que trata el artículo 37 de la presente ley.

Artículo 154.- La póliza del Contrato de Seguro de Personas no podrá ser al portador. La nominativa se transmitirá mediante declaración de ambas partes, notificada a la empresa aseguradora. La póliza a la orden se transmitirá por medio de endoso que contenga, invariablemente, la fecha, el nombre y el domicilio del endosatario y la firma del endosante. No se admitirá prueba alguna de otra especie en esta forma de transmisión.

En caso de designación irrevocable de beneficiario, éste puede ceder su derecho mediante declaración que, como lo previene el artículo 19, deberá constar por escrito y, además, ser notificada al asegurador.

Artículo 155.- En el seguro de persona, si el contrato confiere al asegurado la facultad de cambiar el plan del seguro, la obligación que tenga que satisfacer el asegurado por la conversión no será inferior a la diferencia entre la reserva matemática existente y la que deba constituirse para el nuevo plan en el momento de operar el cambio.

Artículo 156.- El seguro para el caso de muerte de un tercero será nulo si el tercero no diere su consentimiento, que deberá constar por escrito antes de la celebración del contrato, con indicación de la suma asegurada.

El consentimiento del tercero asegurado deberá también constar por escrito para toda designación del beneficiario, así como para la transmisión del beneficio del contrato, para la cesión de derechos o para la constitución de prenda, salvo cuando estas tres últimas operaciones se celebren con la empresa aseguradora.

Artículo 163.- El asegurado tendrá derecho a designar un tercero como beneficiario sin necesidad del consentimiento de la empresa aseguradora. La cláusula beneficiaria podrá comprender la totalidad o parte de los derechos derivados del seguro.

Artículo 164.- El asegurado, aun en el caso de que haya designado en la póliza a un tercero como beneficiario del seguro, podrá disponer libremente del derecho derivado de éste, por acto entre vivos o por causa de muerte. Si sólo se hubiere designado un beneficiario y éste muriere antes o al mismo tiempo que el asegurado y no existiere designación de nuevo beneficiario, el importe del seguro se pagará a la sucesión del asegurado, salvo pacto en contrario o que hubiere renuncia del derecho de revocar la designación hecha en los términos del artículo siguiente.

Artículo 165.- El derecho de revocar la designación del beneficiario cesará solamente cuando el asegurado haga renuncia de él y, además, lo comunique al beneficiario y a la empresa aseguradora. La renuncia se hará constar forzosamente en la póliza, y esta constancia será el único medio de prueba admisible.

Artículo 171.- Cuando los hijos de una persona determinada figuren como beneficiarios sin mención expresa de sus nombres, se entenderán designados los descendientes que debieran sucederle en caso de herencia legítima.

Artículo 172.- Por el cónyuge designado como beneficiario se entenderá al que sobreviva.

Artículo 173.- Por herederos o causahabientes designados como beneficiarios deberá entenderse, primero, los descendientes que deban suceder al asegurado en caso de herencia legítima y el cónyuge que sobreviva y después, si no hay descendientes ni cónyuge, las demás personas con derecho a la sucesión.

Artículo 174.- Si el derecho del seguro se atribuye conjuntamente como beneficiarios a los descendientes que sucedan al asegurado y al cónyuge que sobreviva se atribuirá una mitad a éste y la otra a los primeros según su derecho de sucesión.

Artículo 175.- Cuando herederos diversos a los que alude el artículo anterior fueren designados como beneficiarios, tendrán derecho al seguro según su derecho de sucesión. Esta disposición y la del artículo anterior se aplicarán siempre que el asegurado no haya establecido la forma de distribución del seguro.

Artículo 176.- Si el asegurado omitiere expresar el grado de parentesco o designare como beneficiarios de su póliza a personas que no deben suceder como herederos y faltare indicación precisa de la porción que corresponda a cada una, el seguro se distribuirá entre todas ellas por partes iguales.

Artículo 177.- Al desaparecer alguno de los beneficiarios, su porción acrecerá por partes iguales la de los demás.

Bibliografía

- Tiol Morales A. El Siniestro y la Institución Aseguradora en México. 2004
- Romero J. Principios de contabilidad. 2007
- Dankhe G L. Investigación y Comunicación. 1989
- Díaz Mata A, Hernández Almora L A. Sistemas Financieros Mexicano e Internacional. 1999
- Hermida Rosales A. Contabilidad de Seguros. 1978
- Larios Sedano J. Registro y Análisis de los resultados en el seguro de Vida. 1958
- Signorino Barbat A. Los Seguros de Vida. 2008
- Maclean Brotherton J. Seguro de Vida. 1961
- Universidad de Barcelona. Fundamentos Económicos y Técnicos de Seguros y Sistemas Provisionales. Curso de extensión universitaria (en Línea). Edición 2005-2006
- Asociación Mexicana de Instituciones de Seguros (AMIS) / Comité de Siniestros Vida. Mejores prácticas para verificación y dictamen de siniestros en la operación de Vida
- Comisión Nacional de Seguros y Fianzas. Boletín de análisis sectorial seguros, pensiones y fianzas. 2010. Disponible en:
http://www.cnsf.gob.mx/Difusion/BoletinSect/2010/BASdic10_31_03_11_vf.pdf
- Comisión Nacional de Seguros y Fianzas. Formas Estadísticas de Seguros (FES). 2010. Disponible en:
<http://www.cnsf.gob.mx/InformacionEstadistica/Paginas/InformacionConsolidada.aspx>
- Wikipedia. Lista de Códigos CIE-10. Disponible en:
http://es.wikipedia.org/wiki/Lista_de_codigos_CIE-10
- Ley Sobre el Contrato del Seguro. Disponible en:
<http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/ref/lcs.htm>
- Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros. Disponible en:
<http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/ref/lgisms.htm>

- Circular Única de Seguros. Disponible en:
<http://www.cnsf.gob.mx/Normativa/Paginas/Acus2011.aspx>
- Código Civil Federal. Disponible en:
<http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/ref/ccf.htm>